Nr. 1. 4. stycznia 1925 Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Prof. Z. SZYMAŃSKI. Wilno.

Z dziejów Uniwersytetu wileńskiego, a w szczególności katedry okulistyki.

»Gdyby w Wilnie światło nie zajaśniało, możeby zgasło dla Polaków i ich mowy«, tymi słowy charakteryzuje Kołłątaj świetlaną przeszłość Uniwersytetu Stefana Batorego, mówiąc o działalności tych naszych uczonych doby ubiegłej, którzy w dostojnych murach Uniwersytetu wileńskiego pielęgnowali naukę polską, a z katedry rzucali w społeczeństwo blaski zachodniej kultury i cywilizacji, jak również zdobycze własnego dorobku naukowego.

Tu rozbrzmiewało słowo jednego z najświatlejszych umysłów współczesnych Jędrzeja Śniadeckiego, a w sali jego imieniem nazwanej otrzymał dyplom wieszcz Mickiewicz. Na ścianach tych gmachów opierały się spojrzenia wielkich mężów przeszłości, mury, które chowały zastępy młodzieży górnej i chmurnej, a tak dla kraju ofiarnej, stowarzyszenia Filaretów, Szubrawców, Filomatów, same przemawiają, snują się po nich cienie mistrzów dawnej daty, których duchy tu osiadły, i zda się z murów występują ich zadumane oblicza, badawczo patrząc na nowe pokolenie, co tu weszło, czy sprosta swemu zadaniu.

Resurrexit Alma Mater!

Początkowo, jako szkoła główna Wielkiego Księstwa Litewskiego, następnie Akademja, Uniwersytet wileński promieniuje przez szereg wieków, licząc dziś rok istnienia 259-ty i nadaje Wilnu nazwę Aten północy, niezaprzestając w pracy naukowej nawet w trwożnych czasach wstrząsów politycznych, zakończonych kataklizmem dziejowym i zupełnym rozgromem Uczelni, tak starannie pielęgnowanej, tak umiejętnie prowadzonej: badania naukowe wymagają spokoju i podziwu godnym jest upór, wytrwałość i wydajność pracy tych postaci doby minionej. Zbiory i pamiątki wzbogaciły uniwersytety rosyjskie, znam przepiękne preparaty anatomiczne patrzałem na nie w Uniwersytecie kijowskim, gdzie się znajdują dotychczas. Zniszczono lub zabrano dobytek, ale pozostała myśl, pamięć i tradycja — ta zbiorowa dusza Uniwersytetu, która niejako zespala nas z poprzedniem życiem akademickiem: *ars longa vita brevis,* ciągłość nauki przerasta poszczególne życia

Przenosząc się myślą w przeszłość spotkamy wiele polskich imion, z których każde — to świat cały, a obok naszych znakomitych ziomków znajdziemy także imiona cudzoziemców, którzy szczytnie zapisali się w dziejach naszych. Z nich najwybitniejszymi byli Frankowie lekarze wiedeńscy, znajdujący się pod wpływem kultury włoskiej, ojciec i syn, a szczególnie ten ostatni, który przybył do nas, by nam poświęcić czas swego życia i swój talent. Podobnież czynili nasi rodacy poza granicami własnego kraju, wspomnę tu o wilnianach, których zawierucha polityczna wyrzucała z ziemi rodzinnej, a którzy, zdobywając uznanie, roznosili po świecie dobre imię Polski: tak wychowanek Wszechnicy wileńskiej Domejko położył niezmierne zasługi przy organizowaniu Uniwersytetu w Chili. Dostojnie go ocenili chilijczycy: w stolicy tego państwa w Santiago stoi pomnik Domejki, a Polaków dotychczas otacza poważanie. Inny znów polski lekarz Czernowicz z ojcem swym z pod Berezyny zawlókł się za Napoleonem do Francji, kończy studja w Montpelier, i na stałe przenosi się do Brazylji, gdzie pozostawia po sobie ślad niezatarty: encyklopedyczny jego podręcznik wytrzymał dwadzieścia wydań i rozrósł się do rozmiarów dwóch i pół tysięcy stronic, obficie ilustrowanych, a w kraju tym literalnie niema lekarza ani apteki, którzyby nie mieli i nie posługiwali się tem dziełem. (*Formulario e guia medico por Pedro Luiz Napoleao Chernoviz*). Imię okulisty emigranta Gałęzowskiego też związane jest z Wilnem: tak Seweryn Gałęzowski, wybitny chirurg, wykłada w Wilnie, a należący wówczas do młodszej generacji, Ksawery po 63 im roku osiada na stałe w Paryżu, gdzie staje się pionierem badania dna oka wziernikiem, zyskuje nadzwyczajny rozgłos w świecie uczonych, zarówno, jak popularność pośród ludności, a wezwany do Szacha perskiego pozostawia po sobie w Persji szpital okulistyczny, przez długie lata prowadzony przez lekarzy Polaków.

Wykład okulistyki na Wszechnicy Batorowej, jak zresztą i w innych Uniwersytetach na całym świecie, był początkowo złączony po części z chirurgją, gdzie podawano wiadomości przeważnie operatywnego leczenia chorób ocznych po części zaś z astronomją, gdzie wykładano optykę W braku więc właściwej katedry wiadomości okulistyczne szerzy astronom Jan Śniadecki oraz chirurgowie: Niżkowski, Gałęzowski, Porcianko, Pelikan. Ten ostatni — doskonały technik a umysł bystry — wmieszczał niestety w sobie talent ze służalczą duszą; został wprawdzie z ramienia rządu zaborczego stałym i niezmiennym rektorem, lecz historja nieubłagany sąd swój już o nim wydała: »podły« — powiedział Janowski. W pałacu dożów weneckich w portretowej sali wisi jedna pusta rama, jestto miejsce doży, który się sprzeniewierzył Wenecji; rzućmy zasłonę na działalność tego smutnej pamięci magnificencję.

Brak oddzielnej katedry okulistyki nie będzie nas dziwił, gdy uprzytomnimy sobie, że Uniwersytet wileński przerwał swą egzystencję już w roku 1842-ym, to jest w czasie, kiedy okulistyka, jako nauka, pozostawała jeszcze w pieluchach: optyka była w rękach handlarzy szkieł a pierwsza tablica dla prób wzroku była ułożona dopiero w 43-im roku przez Kuehlera. Tablice zaś Jägiera pokazały się dopiero w roku 53-im. Choroby spojówki nie znały bakterjologji, jaskrę mało odróżniano od zaćmy a dno oka przedstawiało dla lekarza kompletną ciemnię, ponieważ odkrycie wziernika przez Helmholtza miało miejsce dopiero w 1851 roku. W latach następnego olbrzymiego rozwoju okulistyki na Zachodzie, wstrząsy polityczne nietylko utrudniają, lecz wprost uniemożliwiają pracę naukową, która potrzebuje w każdym razie warsztatu, a ten nam zamknięto i dopiero w czterdzieści lat po rozgromie Uniwersytetu zostaje założony przez Tyzenhauzów-Przeździeckich Instytut oczny, Oftalmją powszechnie zwany, który jest czynny i do dnia dzisiejszego Instytut ten pokłada wielkie zasługi wobec miejscowej ludności, oraz służy dla dokształcenia lekarzy w chorobach ocznych, stając się niejako dalszym ciągiem Uczelni polskiej i polską placówką naukową. Tu pracuje od roku 80-go znakomity okulista-praktyk Dr. Cywiński aż do roku 1892-go a następcą jego został również wybitny okulista Dr. Hłasko, któremu należy się pierwszeństwo zrobienia t. zw. »obwodowej iridektomji Hessa«, którą wykonał już przed dwudziestu laty.

W 1919 roku wolą obecnego Marszałka Polski Józefa Piłsudzkiego został wskrzeszony prastary Uniwersytet a w 1923 roku otwartą została katedra okulistyki i wykłady rozpoczęły się w prowizorycznych budynkach szpitala wojskowego na Antokolu, na stałą zaś klinikę oczną został przeznaczony odnawiający się obecnie wspaniały pałac Sapieżyński.

Aleksander BAUROWICZ. Kraków.

W sprawie operowania pętlą.

Operowanie pętlą, szczególnie wewnątrz-krtaniowo, ma tak wyjątkowo zwolenników, a dla mającego wprawę w stosowaniu tego sposobu przy guzach, zwłaszcza dobrze uszypułowanych, nadzwyczaj efektowne w wyniku, zachęca mnie jako gorącego zwolennika tego sposobu operowania, do przypo-

mnienia go młodemu pokoleniu pracowników w zakresie górnych dróg oddechowych a niemniej i uszu. Jak rozwój nauki o chorobach uszu, wyprzedził znacznie zapoznanie się ze schorzeniami górnych dróg oddechowych, tak też wprowadzenie pętli do operowania, miało miejsce naprzód przy operacji polipów ucha środkowego i zalecone zostało przez Wilde'a, Zainteresowanie się schorzeniami górnych dróg oddechowych, szczególnie w zaczątku, zajęło głównie schorzenia krtani i tu też zastosowanie pętli do operacji wewnątrz-krtaniowej, wprowadzone zostało jeszcze przez Gibb'a, a dopiero później zastosowano też pętlę do operowania guzów uszypułowanych w zakresie jamy nosowo-gardłowej, wreszcie w nosie,

Głównie Stoerk zajął się gorąco operowaniem pętlą, tak wewnątrz-krtaniowo, jak w jamie nosowo-gardłowej i w nosie, a podanie przez niego pętli, dającej się odpowiednio ustawić, przez uruchomienie końca tejże, zapomocą stosownego urządzenia śróby, uczyniło zadość wymaganiu różnego ustawienia pętli, zależnie od tego, czy miała być zastosowana na ścianie przedniej względnie tylnej krtani, czy też na ścianie bocznej i której prawej czy lewej. Mniejsze znaczenie ma możność nastawienia końca w pętli z krzywizną do jamy nosowo-gardłowej, gdyż operujemy tu prawie wyłącznie przy ustawieniu pętli w wymiarze czołowym, jak przy pętli nosowej w wymiarze strzałkowym, zmieniając przy operacji w jamie nosowej, stosownym ruchem ręki, potrzebne nam ustawienie pętli, by objąć dokładnie guza i przesunąć pętlę do miejsca przyczepu guza. Dlatego też pętle nosowe nie mają końca, dającego się ustawić, natomiast jest ten koniec ruchomy przy pętli do jamy nosowo-gardłowej, a bezwzględnie koniecznym pozostał przy pętli krtaniowej.

Drut do użytku pętli musi być stalowym i najstosowniejszy jest drut fortepianowy angielski struna Nr. 5, a w zastosowaniu do ucha i pętli elektrokaustycznej Nr. 4.

Pracując długi okres czasu w klinice Stoerk'a, miałem możność wprawienia się w sposobie operowania pętlą, szczególnie wewnątrz krtani i w jamie nosowo-gardłowej, gdyż operowanie pętlą w jamie nosowej, powszechnie już wówczas zalecane, było ogólnie przyjęte, a tylko w ręku niefachowców operowanie kleszczykami, było stosowane. Usprawiedliwione jest operowanie kleszczykami, szczególnie ostremi i dziś, ale przy kontroli wzroku, które zresztą wyjątkowo stosujemy przy polipach właściwych, a posługujemy się kleszczykami, przy operowaniu polipowatych zgrubień, tworzących się przy przewlekłym ropieniu z jam bocznych nosa szczególnie z komórek sitowych, wreszcie przy guzach innych, zwłaszcza gdy są szeroko usadzone o ile nie nadają się do usunięcia pętlą.

Do operacji pętlą wewnątrz krtani, nadają się szczególnie guzy uszypułowane miękkie, by unikać odrywania guza od jego miejsca przyczepu, choć nieraz właśnie to oderwanie umożliwia zupełne usunięcie guza wraz z szypułą, a wyjątkowo wypadnie wygładzenie samego miejsca przyczepu, kleszczykami ostremi. Przy guzie twardym, względnie twardej szypule, jak to ma miejsce przy torbieli, zastosować możemy pętlę elektrokaustyczną, którą po zaciągnięciu pętli, przepalam miejsce zaciągnięcia. Operując pętlą zdarza się, że guz po przecięciu, nie zatrzyma się w miejscu zaciągnięcia przy pętli, ale odcięty, zostaje przez operowanego odkrztuszony względnie po drodze przy wyjmowaniu pętli, wyśliźnie się z pętli i wypada z ust operowanego. Raz mi się zdarzyło, że guz wypełniający całe wejście do krtani, po przecięciu pętlą, został przez operowaną połknięty i dopiero w kilka godzin później, chora nie mogąc nic przełykać, przy ruchu dławiącym wyrzuciła guz, który jak z tego widać, ugrzązł w dolnym odcinku gardła po za krtanią. Operowanie pętlą wewnątrzkrtaniowo jest szczególnie efektowne w przypadkach, gdzie chorzy zgłaszają się z utrudnionym oddechem, a gdy temu towarzyszy i chrypka, mamy efekt jeszcze większy.

Wielkie własne doświadczenie w operowaniu pętlą w ogóle, a szczególnie przy guzach w krtani, odnosi się nietylko do polipów krtaniowych względnie włókniaków, torbieli czy uszypułowanych wielkich brodawczaków, dalej guza przyrody gruźliczej wreszcie twardzielowego, ale i do guzów uszypułowanych złośliwych, choć raz klinicznie przyroda guza uważana za dobrotliwą, dopiero przy badaniu histopatologicznym, wykazała utkanie złośliwe. Guzy uszypułowane, choć pochodzenia już klinicznie uznanego jako złośliwe, wyjątkowo krwawiły nieco więcej przy operacji, a tam gdzie się tego spodziewałem, zaciągałem ku końcowi zabiegu, pętlę powoli i zaciągniętą przetrzymałem pewien okres czasu, zanim odciąłem guz ostatecznie względnie go oderwałem w miejscu zaciśnięcia. Tu jednak można też zastosować pętlę elektrokaustyczną.

Przez usunięcie guza z krtani, zapobiegniemy nieraz choćby czasowemu rozcięciu tchawicy, a uzyskujemy przytem materjał do potwierdzenia rozpoznania klinicznego. Dwa razy w przypadkach mięsaków uszypułowanych, zastosowałem następnie promienie X.

W jednym z tych przypadków, u osobnika lat 29, pozostającego od roku w leczeniu z powodu twardzieli krtani, znaleziono na przedniej ścianie krtani uszypułowany guz wielkości orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, blado-różowo zabarwionej, który swą górną częścią wchodził między struny głosowe, był przyczyną chrypki i utrudnienia oddechu, zwiększającego się coraz bardziej.

Guz usunięto pętlą, a badanie histopatologiczne wypadło: Fibrosarcoma alveolare; przypadek ten jak już i dawniej ze względu na twardziel, poddano znowu leczeniu promieniami X, bez nawrotu guza.

W innym przypadku u osobnika liczącego lat 62, który zgłosił się ze znaczną dusznością i chrypką pogarszającą się od 4 miesięcy, znaleziono, guz uszypułowany wychodzący z przedniej części struny głosowej prawdziwej prawej, wypełniający cały przedsionek krtani; guz był wielkości jaja gołębiego, miał powierzchnię gładką różową, w części tylnej nekrotyczną. Guz usunięto w całości pętlą, już jednak po tygodniu, zgłosił się chory z tem, iż głos mu się znowu pogorszył; znaleziono w tem samem miejscu guz ruchomy wielkości orzecha laskowego, który znów usunięto pętlą i zaraz zastosowano promienie X, co powtórzono kilkakrotnie, bez nawrotu już guza. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie mięsaka różnokomórkowego.

W stosownych przypadkach zabieg większy, jak rozcięcie krtani, ewentualnie z następowym zastosowaniem radu czy promieni X, daje szanse opanowania sprawy chorobowej; usuwanie nowotworów złośliwych, wewnątrz-krtaniowych rozcięciem krtani, z ewentualnem zastosowaniem radu wzgl. promieni X, ma wielu zwolenników i rozporządza już obszerną statystyką dobrych wyników. Niestety u nas chorzy najczęściej zgłaszają się zapóźno, a jednego chorego po operacji rozcięcia krtani w ogólnem uśpieniu, straciłem z powodu zapalenia płuc, coby z pewnością się nie stało, gdyby zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowem, czemu się jednak chory sprzeciwił.

W odpowiednich przypadkach pętla znajdzie też zastosowanie przy guzach, szczególnie uszypułowanych, tchawicy zwłaszcza drogą bezpośrednią.

Z guzów jamy nosowo-gardłowej, do operacji pętlą, szczególnie nadają się polipy nosowe, zwieszające się przez otwory nozdrzy tylnych, o ile uchwycenie ich pętlą założoną od przodu i przesuniętą, po za obręb nozdrzy tylnej natrafia na trudności albo z góry jest wykluczone. Często mamy tu do czynienia z polipem pojedynczym, mającym swoją szypułę w jamie szczękowej. Po zaciśnięciu pętli, jak najbliżej okolicy nozdrzy tylnej, wprowadzam dwa palce ręki lewej do jamy gardłowej, by niemi ucisnąwszy ramię poziome pętli, ruchem ku dołowi, oderwać polipa od miejsca jego przyczepu i zabrać go razem z jego częścią widoczną w jamie nosowej. O ile nie wydobyło się polipa w całości względnie obok niego są jeszcze dalsze części czy inne w jamie nosowej, to te usuniemy pętlą od przodu.

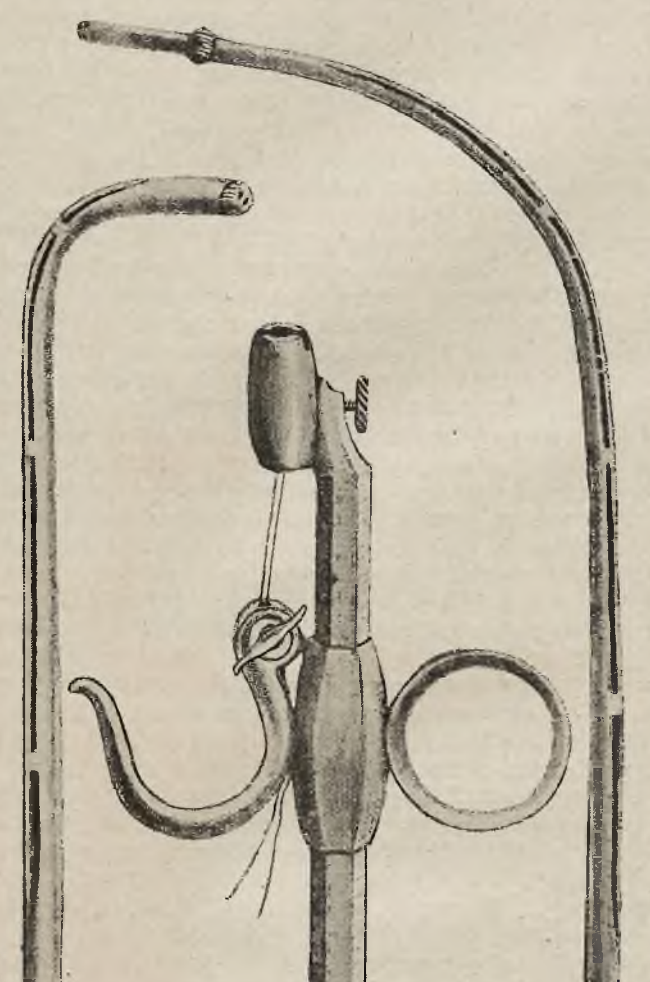
Guzy jamy nosowo-gardłowej uszypułowane w zakresie samej nozdrzy tylnej, zwane polipami choanalnemi, również efektownie usuwamy pętlą.

Przy włókniakach, o cechach nieraz mieszanych spotykanych u osobników młodych, jako mięsako-włókniakach, siedzących zwykle szerokim przyczepem w jamie nosowo-gardłowej i mocno zrośniętych z podstawą przyczepu, bo aż sięgających do okostnej, pętla jest narzędziem niestosownem

i te przypadki operuję, zresztą w pozycji siedzącej chorego, przy naturalnie kontroli światła, w ten sposób, iż naprzód oddzielam miejsce przyczepu łyżką Beckmann'a, a następnie silnemi kleszczami odrywam guz. Jeżeli zazwyczaj obfite krwawienie wkrótce nie ustaje, zakładam tampon do jamy nosowo-gardłowej, przy użyciu rurki Beloc'a.

Bardzo zgrabnie usuwa się też pętlą, naciek twardzielowy z tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, gdy ma charakter guza, choćby nawet i szeroko usadowionego.

Pozatem nowotwory złośliwe nie nadają się do zabiegu drogą naturalną, chyba gdy są uszypułowane i usadowione przy brzegu podniebienia miękkiego czy łuku podniebiennego, dozwalając nadto wycięcie klinowe miejsca przyczepu i usunięcia gruczołów, obok zastosowania promieni X względnie radu.



Zastosowanie pętli w jamie nosowej, tak zresztą powszechne, w ręku zręcznego fachowca, dosięgnie też, jak wspomniałem, niezbyt dużego polipa zwieszającego się do jamy nosowo-gardłowej, usuwa się też nią przerosłe tylne końce muszli dolnych i rzadziej spotykany przerost ciała jamistego na ścianie przegrody kostnej, w okolicy nozdrzy tylnej. Niemniej inne guzy przegrody nosowej, i samej jamy nosowej jak polipowaty przerost muszli nosowych dolnych, usuwamy z łatwością pętlą. Wreszcie pętlą od przodu nosa wprowadzoną, usuwam części przerosłego migdałka, usadowione na przejściu ściany górnej w boczną, rzadziej tuż po za brzegiem górnym nozdrzy tylnej, ale tylko wtedy, gdy zostały mi jako resztka po zabiegu usunięcia migdałka pharyngotomem Schütz'a, w mojej odmianie. Korzystając ze sposobności, zalecam jak najgorącej przyrząd Schütz'a, którym usuwa się migdałek gardłowy jak najdokładniej i jak najszybciej; przy stosunkowo też małem krwawieniu. Różne wielkości przyrządu pozwalają nam na użycie jego już u dzieci kilkumiesięcznych, a szybkość wykonanego zabiegu, jednorazowo, z wielką wdzięcznością, przyjmowana jest przez otoczenie, tak czułe wogóle na zabieg jakiś wykonywany przez nas u dziecka.

Przerosłe migdałki podniebienne, których spód jest węższy od obwodu, zwłaszcza u dzieci, usuwam również pętlą, i to podaną przez Brünings'a, która zresztą bardzo dobrze daje się założyć nawet na szeroko usadowiony migdałek, o ile łuki podniebienne są wolne, a nadto zakładam pętlę na odłuszczony migdałek, jako akt ostateczny wyłuszczenia migdałka.

Operowanie wreszcie pętlą polipów w uchu, uważam za sposób najbardziej dokładny i najmniej przykry dla operowanego, a użycie też do operacji nożyka pierścieniowego Politzer'a o różnej wielkości i różnym nachyleniu płaszczyzny nożyka, zawsze mi wystarcza. Gdy mamy operować w uśpieniu ogólnym, tu obok pętli, zwyczajna łyżeczka ostra, znajdzie skuteczne zastosowanie.

Załączam rysunek pętli Stoerk'a oryginalnej wielkości, tak z jego krzywizną krtaniową jak i do jamy nosowo-gardłowej, końcem ruchomym na śrubie, do ustawienia odpowiedniego pętli, a ułatwiającej też, przez pozostawienie jednej strony wzdłuż długości pętli otwartej, dokładne oczyszczenie przyrządu. Obok zamieszczam też trzonek Stoerk'a, podany specjalnie dla jego pętli, w celu umocowania drutu, choć i trzonek Krause'go, do jego przyrządów krtaniowych, może przy pętli znaleść zastosowanie.

Dla pętli elektro-kaustycznej, musimy wziąść specjalne pętle do tego celu służące, odpowiedniej krzywizny i ustawiania końca, z zastosowaniem też właściwego trzonka.

Dr. Robert BERNHARDT, Warszawa.
ordynator szpitala św. Łazarza.

W sprawie pryszczycy.

Zapoznanie się z historją pryszczycy przekonywa, że od czasów Biett'a, Rayer'a i Devergie'go prace badaczy szły głównie w kierunku ściślejszego nakreślenia granic tego obrazu chorobowego. Pierwotne pojęcie pryszczycy zrodziło się w umyśle Willan'a z ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry, spowodowanego zadziałaniem promieni słonecznych oraz rtęci (t. zw. ecz. solare, ecz. mercuriale). Z dzisiejszego punktu widzenia było to zatem zapalenie skóry sztucznie wywołane (Dermatitis artificialis), zależne w części od wpływu czynników aktynicznych, w części zaś należące do rzędu wysypek, czy też osutek lekowych (Dermatitis medicamentosa). — Bądź jak bądź — była to sprawa o przebiegu ostrym. Takiemu ujęciu pryszczycy badacze francuscy wyż, wymienieni przeciwstawili pryszczycę przewlekłą, jako pierwowzór schorzeń tego typu Wedle tych poglądów pryszczycę należało pojmować głównie jako schorzenie ustrojowe, w którego powstawaniu przypisuje się znaczenie rozstrzygające usposobieniu oraz czynnikom wewnętrznym. Bodźcom zewnętrznym przypada w udziale rola wywoływaczy przygodnych, bądź też czynników pogarszających stan już istniejący. W następnym etapie rozwojowym F. Hebra połączył w całość pryszczycę przewlekłą z pryszczycą Willan'a, ustalając postać ostrą i przewlekłą schorzenia. Nie zaprzeczając istnieniu pryszczycy ustrojowej, konstytucjonalnej, Hebra położył jednak nacisk największy na znaczenie pryszczycotwórcze czynników zewnętrznych. I jeżeli w stosunku do bodźców mechanicznych, cieplnych, a także w stosunku do wpływu szkodliwego wody i niektórych pasorzytów naskórnych (epizoa) Hebra uznaje usposobienie osobnicze, to

mnienia go młodemu pokoleniu pracowników w zakresie górnych dróg oddechowych a niemniej i uszu. Jak rozwój nauki o chorobach uszu, wyprzedził znacznie zapoznanie się ze schorzeniami górnych dróg oddechowych, tak też wprowadzenie pętli do operowania, miało miejsce naprzód przy operacji polipów ucha środkowego i zalecone zostało przez Wilde'a, Zainteresowanie się schorzeniami górnych dróg oddechowych, szczególnie w zaczątku, zajęło głównie schorzenia krtani i tu też zastosowanie pętli do operacji wewnątrz-krtaniowej, wprowadzone zostało jeszcze przez Gibb'a, a dopiero później zastosowano też pętlę do operowania guzów uszypułowanych w zakresie jamy nosowo-gardłowej, wreszcie w nosie,

Głównie Stoerk zajął się gorąco operowaniem pętlą, tak wewnątrz-krtaniowo, jak w jamie nosowo-gardłowej i w nosie, a podanie przez niego pętli, dającej się odpowiednio ustawić, przez uruchomienie końca tejże, zapomocą stosownego urządzenia śróby, uczyniło zadość wymaganiu różnego ustawienia pętli, zależnie od tego, czy miała być zastosowana na ścianie przedniej względnie tylnej krtani, czy też na ścianie bocznej i której prawej czy lewej. Mniejsze znaczenie ma możność nastawienia końca w pętli z krzywizną do jamy nosowo-gardłowej, gdyż operujemy tu prawie wyłącznie przy ustawieniu pętli w wymiarze czołowym, jak przy pętli nosowej w wymiarze strzałkowym, zmieniając przy operacji w jamie nosowej, stosownym ruchem ręki, potrzebne nam ustawienie pętli, by objąć dokładnie guza i przesunąć pętlę do miejsca przyczepu guza. Dlatego też pętle nosowe nie mają końca, dającego się ustawić, natomiast jest ten koniec ruchomy przy pętli do jamy nosowo-gardłowej, a bezwzględnie koniecznym pozostał przy pętli krtaniowej.

Drut do użytku pętli musi być stalowym i najstosowniejszy jest drut fortepianowy angielski struna Nr. 5, a w zastosowaniu do ucha i pętli elektrokaustycznej Nr. 4.

Pracując długi okres czasu w klinice Stoerk'a, miałem możność wprawienia się w sposobie operowania pętlą, szczególnie wewnątrz krtani i w jamie nosowo-gardłowej, gdyż operowanie pętlą w jamie nosowej, powszechnie już wówczas zalecane, było ogólnie przyjęte, a tylko w ręku niefachowców operowanie kleszczykami, było stosowane. Usprawiedliwione jest operowanie kleszczykami, szczególnie ostremi i dziś, ale przy kontroli wzroku, które zresztą wyjątkowo stosujemy przy polipach właściwych, a posługujemy się kleszczykami, przy operowaniu polipowatych zgrubień, tworzących się przy przewlekłym ropieniu z jam bocznych nosa szczególnie z komórek sitowych, wreszcie przy guzach innych, zwłaszcza gdy są szeroko usadzone o ile nie nadają się do usunięcia pętlą.

Do operacji pętlą wewnątrz krtani, nadają się szczególnie guzy uszypułowane miękkie, by unikać odrywania guza od jego miejsca przyczepu, choć nieraz właśnie to oderwanie umożliwia zupełne usunięcie guza wraz z szypułą, a wyjątkowo wypadnie wygładzenie samego miejsca przyczepu, kleszczykami ostremi. Przy guzie twardym, względnie twardej szypule, jak to ma miejsce przy torbieli, zastosować możemy pętlę elektrokaustyczną, którą po zaciągnięciu pętli, przepalam miejsce zaciągnięcia. Operując pętlą zdarza się, że guz po przecięciu, nie zatrzyma się w miejscu zaciągnięcia przy pętli, ale odcięty, zostaje przez operowanego odkrztuszony względnie po drodze przy wyjmowaniu pętli, wyśliźnie się z pętli i wypada z ust operowanego. Raz mi się zdarzyło, że guz wypełniający całe wejście do krtani, po przecięciu pętlą, został przez operowaną połknięty i dopiero w kilka godzin później, chora nie mogąc nic przełykać, przy ruchu dławiącym wyrzuciła guz, który jak z tego widać, ugrzązł w dolnym odcinku gardła po za krtanią. Operowanie pętlą wewnątrzkrtaniowo jest szczególnie efektowne w przypadkach, gdzie chorzy zgłaszają się z utrudnionym oddechem, a gdy temu towarzyszy i chrypka, mamy efekt jeszcze większy.

Wielkie własne doświadczenie w operowaniu pętlą w ogóle, a szczególnie przy guzach w krtani, odnosi się nietylko do polipów krtaniowych względnie włókniaków, torbieli czy uszypułowanych wielkich brodawczaków, dalej guza przyrody gruźliczej wreszcie twardzielowego, ale i do guzów uszypułowanych złośliwych, choć raz klinicznie przyroda guza uważana za dobrotliwą, dopiero przy badaniu histopatologicznym, wykazała utkanie złośliwe. Guzy uszypułowane, choć pochodzenia już klinicznie uznanego jako złośliwe, wyjątkowo krwawiły nieco więcej przy operacji, a tam gdzie się tego spodziewałem, zaciągałem ku końcowi zabiegu, pętlę powoli i zaciągniętą przetrzymałem pewien okres czasu, zanim odciąłem guz ostatecznie względnie go oderwałem w miejscu zaciśnięcia. Tu jednak można też zastosować pętlę elektrokaustyczną.

Przez usunięcie guza z krtani, zapobiegniemy nieraz choćby czasowemu rozcięciu tchawicy, a uzyskujemy przytem materjał do potwierdzenia rozpoznania klinicznego. Dwa razy w przypadkach mięsaków uszypułowanych, zastosowałem następnie promienie X.

W jednym z tych przypadków, u osobnika lat 29, pozostającego od roku w leczeniu z powodu twardzieli krtani, znaleziono na przedniej ścianie krtani uszypułowany guz wielkości orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, blado-różowo zabarwionej, który swą górną częścią wchodził między struny głosowe, był przyczyną chrypki i utrudnienia oddechu, zwiększającego się coraz bardziej.

Guz usunięto pętlą, a badanie histopatologiczne wypadło: Fibrosarcoma alveolare; przypadek ten jak już i dawniej ze względu na twardziel, poddano znowu leczeniu promieniami X, bez nawrotu guza.

W innym przypadku u osobnika liczącego lat 62, który zgłosił się ze znaczną dusznością i chrypką pogarszającą się od 4 miesięcy, znaleziono, guz uszypułowany wychodzący z przedniej części struny głosowej prawdziwej prawej, wypełniający cały przedsionek krtani; guz był wielkości jaja gołębiego, miał powierzchnię gładką różową, w części tylnej nekrotyczną. Guz usunięto w całości pętlą, już jednak po tygodniu, zgłosił się chory z tem, iż głos mu się znowu pogorszył; znaleziono w tem samem miejscu guz ruchomy wielkości orzecha laskowego, który znów usunięto pętlą i zaraz zastosowano promienie X, co powtórzono kilkakrotnie, bez nawrotu już guza. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie mięsaka różnokomórkowego.

W stosownych przypadkach zabieg większy, jak rozcięcie krtani, ewentualnie z następowym zastosowaniem radu czy promieni X, daje szanse opanowania sprawy chorobowej; usuwanie nowotworów złośliwych, wewnątrz-krtaniowych rozcięciem krtani, z ewentualnem zastosowaniem radu wzgl. promieni X, ma wielu zwolenników i rozporządza już obszerną statystyką dobrych wyników. Niestety u nas chorzy najczęściej zgłaszają się zapóźno, a jednego chorego po operacji rozcięcia krtani w ogólnem uśpieniu, straciłem z powodu zapalenia płuc, coby z pewnością się nie stało, gdyby zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowem, czemu słę jednak chory sprzeciwił.

W odpowiednich przypadkach pętla znajdzie też zastosowanie przy guzach, szczególnie uszypułowanych, tchawicy zwłaszcza drogą bezpośrednią.

Z guzów jamy nosowo-gardłowej, do operacji pętlą, szczególnie nadają się polipy nosowe, zwieszające się przez otwory nozdrzy tylnych, o ile uchwycenie ich pętlą założoną od przodu i przesuniętą, po za obręb nozdrzy tylnej natrafia na trudności albo z góry jest wykluczone. Często mamy tu do czynienia z polipem pojedynczym, mającym swoją szypułę w jamie szczękowej. Po zaciśnięciu pętli, jak najbliżej okolicy nozdrzy tylnej, wprowadzam dwa palce ręki lewej do jamy gardłowej, by niemi ucisnawszy ramię poziome pętli, ruchem ku dołowi, oderwać polipa od miejsca jego przyczepu i zabrać go razem z jego częścią widoczną w jamie nosowej. O ile nie wydobyło się polipa w całości względnie obok niego są jeszcze dalsze części czy inne w jamie nosowej, to te usuniemy pętlą od przodu.

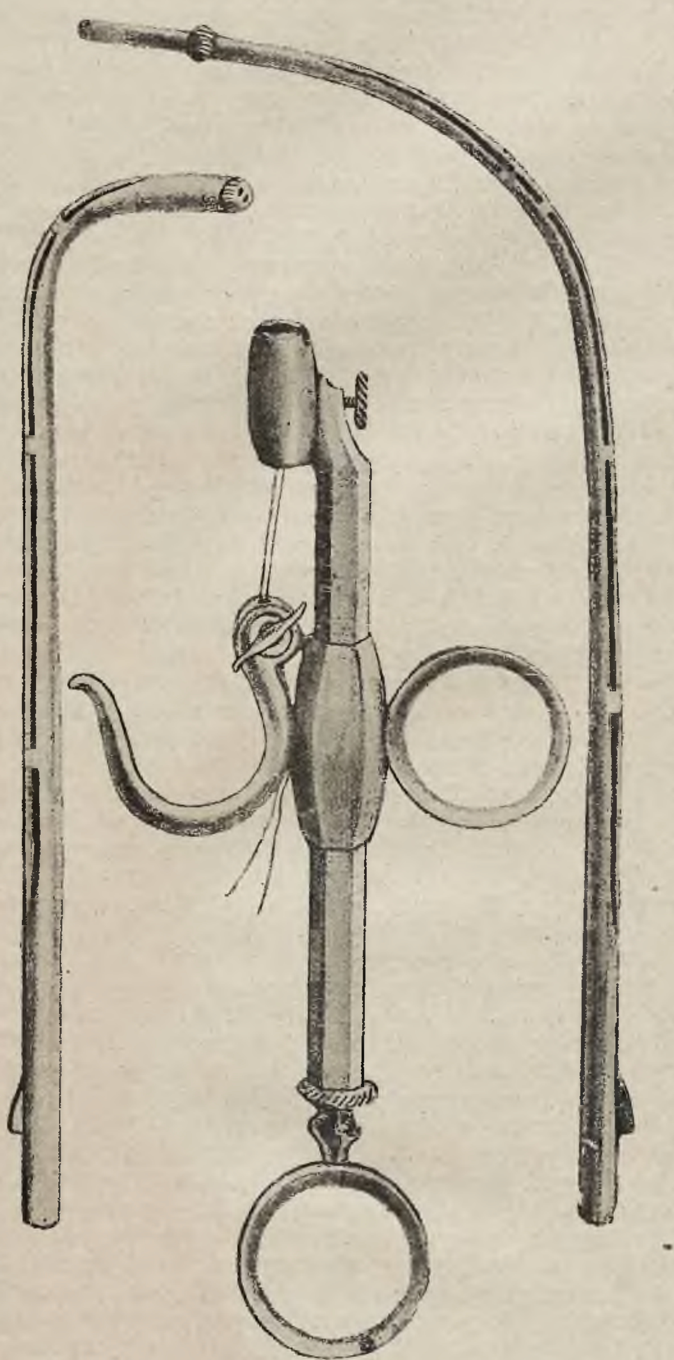
Guzy jamy nosowo-gardłowej uszypułowane w zakresie samej nozdrzy tylnej, zwane polipami choanalnemi, również efektownie usuwamy pętlą.

Przy włókniakach, o cechach nieraz mieszanych spotykanych u osobników młodych, jako mięsako-włókniakach, siedzących zwykle szerokim przyczepem w jamie nosowo-gardłowej i mocno zrośniętych z podstawą przyczepu, bo aż sięgających do okostnej, pętla jest narzędziem niestosownem

i te przypadki operuję, zresztą w pozycji siedzącej chorego, przy naturalnie kontroli światła, w ten sposób, iż naprzód oddzielam miejsce przyczepu łyżką Beckmann'a, a następnie silnemi kleszczami odrywam guz. Jeżeli zazwyczaj obfite krwawienie wkrótce nie ustaje, zakładam tampon do jamy nosowo-gardłowej, przy użyciu rurki Beloc'a.

Bardzo zgrabnie usuwa się też pętlą, naciek twardzielowy z tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, gdy ma charakter guza, choćby nawet i szeroko usadowionego.

Pozatem nowotwory złośliwe nie nadają się do zabiegu drogą naturalną, chyba gdy są uszypułowane i usadowione przy brzegu podniebienia miękkiego czy łuku podniebiennego, dozwalając nadto wycięcie klinowe miejsca przyczepu i usunięcia gruczołów, obok zastosowania promieni X względnie radu.



Zastosowanie pętli w jamie nosowej, tak zresztą powszechne, w ręku zręcznego fachowca, dosięgnie też, jak wspomniałem, niezbyt dużego polipa zwieszającego się do jamy nosowo-gardłowej, usuwa się też nią przerosłe tylne końce muszli dolnych i rzadziej spotykany przerost ciała jamistego na ścianie przegrody kostnej, w okolicy nozdrzy tylnej. Niemniej inne guzy przegrody nosowej, i samej jamy nosowej jak polipowaty przerost muszli nosowych dolnych, usuwamy z łatwością pętlą. Wreszcie pętlą od przodu nosa wprowadzoną, usuwam części przerosłego migdałka, usadowione na przejściu ściany górnej w boczną, rzadziej tuż po za brzegiem górnym nozdrzy tylnej, ale tylko wtedy, gdy zostały mi jako resztka po zabiegu usunięcia migdałka pharyngotomem Schütz'a, w mojej odmianie. Korzystając ze sposobności, zalecam jak najgoręcej przyrząd Schütz'a, którym usuwa się migdałek gardłowy jak najdokładniej i jak najszybciej; przy stosunkowo też małem krwawieniu. Różne wielkości przyrządu pozwalają nam na użycie jego już u dzieci kilkumiesięcznych, a szybkość wykonanego zabiegu, jednorazowo, z wielką wdzięcznością, przyjmowana jest przez otoczenie, tak czułe wogóle na zabieg jakiś wykonywany przez nas u dziecka.

Przerosłe migdałki podniebienne, których spód jest węższy od obwodu, zwłaszcza u dzieci, usuwam również pętlą, i to podaną przez Brünings'a, która zresztą bardzo dobrze daje się założyć nawet na szeroko usadowiony migdałek, o ile łuki podniebienne są wolne, a nadto zakładam pętlę na odłuszczony migdałek, jako akt ostateczny wyłuszczenia migdałka.

Operowanie wreszcie pętlą polipów w uchu, uważam za sposób najbardziej dokładny i najmniej przykry dla operowanego, a użycie też do operacji nożyka pierścieniowego Politzer'a o różnej wielkości i różnym nachyleniu płaszczyzny nożyka, zawsze mi wystarcza. Gdy mamy operować w uśpieniu ogólnym, tu obok pętli, zwyczajna łyżeczka ostra, znajdzie skuteczne zastosowanie.

Załączam rysunek pętli Stoerk'a oryginalnej wielkości, tak z jego krzywizną krtaniową jak i do jamy nosowo-gardłowej, końcem ruchomym na śrubie, do ustawienia odpowiedniego pętli, a ułatwiającej też, przez pozostawienie jednej strony wzdłuż długości pętli otwartej, dokładne oczyszczenie przyrządu. Obok zamieszczam też trzonek Stoerk'a, podany specjalnie dla jego pętli, w celu umocowania drutu, choć i trzonek Krause'go, do jego przyrządów krtaniowych, może przy pętli znaleść zastosowanie.

Dla pętli elektro-kaustycznej, musimy wziąść specjalne pętle do tego celu służące, odpowiedniej krzywizny i ustawiania końca, z zastosowaniem też właściwego trzonka.

Dr. Robert BERNHARDT, Warszawa.
ordynator szpitala św. Łazarza.

W sprawie pryszczycy.

Zapoznanie się z historją pryszczycy przekonywa, że od czasów Biett'a, Rayer'a i Devergie'go prace badaczy szły głównie w kierunku ściślejszego nakreślenia granic tego obrazu chorobowego. Pierwotne pojęcie pryszczycy zrodziło się w umyśle Willan'a z ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry, spowodowanego zadziałaniem promieni słonecznych oraz rtęci (t. zw. ecz. solare, ecz. mercuriale). Z dzisiejszego punktu widzenia było to zatem zapalenie skóry sztucznie wywołane (Dermatitis artificialis), zależne w części od wpływu czynników aktynicznych, w części zaś należące do rzędu wysypek, czy też osutek lekowych (Dermatitis medicamentosa). — Bądź jak bądź — była to sprawa o przebiegu ostrym. Takiemu ujęciu pryszczycy badacze francuscy wyż, wymienieni przeciwstawili pryszczycę przewlekłą, jako pierwowzór schorzeń tego typu Wedle tych poglądów pryszczycę należało pojmować głównie jako schorzenie ustrojowe, w którego powstawaniu przypisuje się znaczenie rozstrzygające usposobieniu oraz czynnikom wewnętrznym. Bodźcom zewnętrznym przypada w udziale rola wywoływaczy przygodnych, bądź też czynników pogarszających stan już istniejący. W następnym etapie rozwojowym F. Hebra połączył w całość pryszczycę przewlekłą z pryszczycą Willan'a, ustalając postać ostrą i przewlekłą schorzenia. Nie zaprzeczając istnieniu pryszczycy ustrojowej, konstytucjonalnej, Hebra położył jednak nacisk największy na znaczenie pryszczycotwórcze czynników zewnętrznych. I jeżeli w stosunku do bodźców mechanicznych, cieplnych, a także w stosunku do wpływu szkodliwego wody i niektórych pasorzytów naskórnych (epizoa) Hebra uznaje usposobienie osobnicze, to

zdaje się tego nie czynić wcale w stosunku do czynników chemicznych. Do nich też w pierwszej linji widocznie stosuje się słynne zdanie, że »bodźce zewnętrzne wywołują pryszczycę zawsze i nieuniknienie, o ile działają na skórę dostatecznie długo i dostatecznie silnie«. Wiadomo jednak, że czynniki zewnętrzne tworzą legjon olbrzymi i że sposób oddziaływania skóry na ich zadziałanie bywa dosyć rozmaity. Wobec tego nie winno dziwić, że granice pryszczycy zostały niebawem zatoczone niezmiernie szeroko. Objęły one sprawy chorobowe tak różnorodne pod względem klinicznym (t. zw. odmiany pryszczycy), a także przyczynowym, iż oczyszczanie terenu zachwaszczonego wydawało się koniecznością nieodzowną. Tak więc stopniowo wyłączono z gromady pryszczyc zapalenia skóry, wywołane sztucznie przez zadziałanie urazów mechanicznych, cieplnych, aktynicznych, chemicznych. Okoliczność ta odrazu i znakomicie uszczupliła stan posiadania pryszczycy, gdyż wraz z takiem postawieniem sprawy musiało upaść pojęcie pryszczycy ostrej. Dla zwolenników tego poglądu pryszczyca prawdziwa miała nadal pozostać schorzeniem o przebiegu wybitnie przewlekłym. Następnie przyszła kolej na wyodrębnienie schorzeń pryszczyco podobnych pochodzenia bakteryjnego (paciorkowiec, gronkowiec, las. ropy błękitnej), oraz grzybicowego. Wyłączono też gromadę t. zw. pryszczyc łojotokowych, a także niektóre postaci zapalenia pęcherzykowego rąk i stóp (dyshidrosis). Nie ulega wątpliwości, że praca eliminacyjna nie została dotychczas ukończona. Istnieje niemało pryszczyc o podobnych obrazach chorobowych, co do których można z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić, że należą one do rzędu schorzeń pasożytniczych. Niemożność wykrycia pasożytów za pomocą dzisiejszych metod badania, oraz trudność oceny wartości chorobotwórczej zarazka wyhodowanego sprawia, że takie obrazy kliniczne na razie zaliczamy jeszcze do tymczasowej i przejściowej grupy »pryszczyc pasożytniczych«. Na jak wielkie przeszkody można się natknąć podczas takich poszukiwań, wynika choćby z tego, że niekiedy trzeba się napracować bardzo uczciwie, aby wyhodować grzybka naskórkowego Sabouraud'a w przypadku klasycznym klinicznie, lecz powikłanym wyprzeniem i zliszajcowaceniem. Trudności zaś oceny faktów zdobytych najlepiej uzmysłowi fakt, iż w skórze człowieka zdrowego pod względem dermatologicznym można wykryć paciorkowca w 15% spostrzeżeń, w przypadkach zaś schorzenia liszajcowatego obecność paciorkowca w skórze przestrzeni niezajętych i zdala od ogniska chorobowego wykazuje się w 90% (Flehme).

Wśród takiej pracy, niewątpliwie bardzo doniosłej i użytecznej, występuje obecnie zwrot, a właściwie nawrót do czasów i poglądów Willan'a-Hebry. Usposobienie do pryszczycy zostało obecnie ujęte jako ściśle tkankowe, złączone wyłącznie ze skórą, ściślej z komórkami naskórka. Dopuszcza się wprawdzie wpływ wywołujących czynników wewnętrznych, kładzie się jednak nacisk przemożny na rolę bodźców zewnętrznych. Z tych znowu znaczenie największe posiadać mają urazy chemiczne, przyczem wyjaśnia się, że sztucznie wywołane zapalenie ostre skóry (pęcherzykowe) utożsamia się z napadem ostrym pryszczycy. Wszystko jest zatem, jak bywało dawniej, tylko fakty kliniczne oświetla się dziś inaczej, nowocześniej, zgodnie z poglądami, kierunkami i doktrynami, nurtującemi patologję współczesną. Pryszczyca nie jest chorobą w ścisłem brzmieniu słowa. Jest to odczyn swoisty skóry (naskórka), który może być powołany do życia przez bardzo liczne i rozmaite bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Odczyn ten należy do rzędu zjawisk anafilaktycznych i jest wyrazem uczulenia (swoistego) skóry. Wszelkie czynniki pryszczycotwórcze posiadają znaczenie jadów (antigéne) w stosunku do skóry uczulonej. Aby powstać mógł odczyn, zwany pryszczycą, niezbędne jest zadziałanie, a prawdopodobnie połączenie chemiczne jadów (antigéne) z przeciwjadami (anticorps), zawartemi w komórkach naskórka (standzellige Antikörper). W tych warunkach należy oceniać odczyn pryszczycowy jako nadwrażliwość osobniczą skóry wrodzoną lub też nabytą (idiosyncrasia). Działanie chorobotwórcze wielu ciał chemicznych, występujące w osutkach lekowych i w zapaleniu skóry pochodzenia zawodowego, również świadczy o wrażliwości osobniczej. Te fakty kliniczne należą także do odczynów anafilaktycznych. Ponieważ sprawy takie częstokroć występują pod postacią ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry i ponieważ mogą one niespodzianie powołać do życia czynnego pryszczycę utajoną, przeto wydaje się dosyć zrozumiałą rzeczą, że krocząc po linji najmniejszego oporu łączy i utożsamia się oba odczyny chorobowe. Sztucznie wywołane zapalenie ostre skóry (Dermatitis artefacta) ujmuje się jako postać ostrą pryszczycy. Obie sprawy spotykają i stykają się na podłożu anafilaksji. To stanowi niewątpliwie jądro całego zagadnienia i służyć będzie za przedmiot sporów naukowych, mających się zrodzić niebawem. Na tę okoliczność już zwracałem uwagę w jednej z moich poprzednich prac o pryszczycy.

Wobec takich prądów, wzbudzających zrozumiałe zainteresowanie i posiadających doniosłe znaczenie teoretyczne i praktyczne, uważałem za wskazane sprawdzenie własnego stanowiska w sprawie pryszczycy. Pragnąłbym rozpatrzeć, co badacze dzisiaj nazywają pryszczycą, jakie jej nadają określenie? Co należy uważać za odczyn pryszczycowy? Czy pryszczyca jest zjawiskiem anafilaktycznem? Czy i co zniewala do utożsamiania ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry, wywołanego sztucznie z napadem pryszczycy ostrej? Jaki może być stosunek zapalenia urazowego skóry (w szerokiem znaczeniu słowa) do pryszczycy?

A) Podług Darier'a »pryszczycę znamionuje... zespół wykwitów pierwotnych, które występują kolejno, kombinują się ze sobą, lub też współistnieją okok siebie. Zmiany te są następstwem sprawy zapalnej, mieszczącej się w naskórku i w skórze (epidermo dermitis) i wykazującej różne okresy rozwojowe, równoznaczne pod względem patologicznym. Okresy te można określić klinicznie jako rumień, pęcherzyk, sączenie, strup, liszajowacenie i łuszczenie. Pod względem histologicznym rzecz polega: w naskórku — na przeobrażeniu gąbczastem (spongiosis), na rozroście warstwy kolczastej (acanthosis), oraz na rogowaceniu wadliwem (parakeratosis). W skórze właściwej spostrzega się przekrwienie, obrzęk i nacieczenie komórkowe, wyrażone średnio. Określenie pryszczycy należy jeszcze uzupełnić 3 cechami, znamionującemi osutkę: 1) ułożeniem w postaci plam, blaszek lub placków o zarysach nieprawidłowych, przypominających lądy geograficzne; 2) występowaniem napadowem ze skłonnością do wzrastania na obwodzie i do przejścia w stan przewlekły, ulegający nasileniom, wreszcie 3) swędzeniem, mniej lub więcej silnie wyrażonem. Należy jeszcze zauważyć, że sprawa pryszczycowa bynajmniej nie jest jakiemś określonem, swoistem schorzeniem skóry. Przeciwnie, jest to względnie banalny odczyn zapalny, który może wystąpić pod wpływem bodźców mechanicznych, fizycznych, chemicznych, pasożytniczych i mikrobowych«.

Określenie pryszczycy, podane przez B. Bloch'a, zgadza się w każdym punkcie z wyż. przytoczonem określeniem Darier'a. To samo dotyczy H. Jaeger'a. Zdaniem Török'a pryszczycę znamionują »zmiany głównie pokładów górnych skóry właściwej, rozpościerające się po jej powierzchni. W tych sprawach wysięk surowiczy przenika do naskórka, rozsuwa jego komórki i w ten sposób powoduje tworzenie się pęcherzyków... a następnie sączenie. Zmiany zapalne skóry... powstają wskutek zadziałania przewlekłych lub fizykalnych czynników natężenia średniego u osobników... posiadających szczególną wrażliwość na wspomniane bodźce. Pinkus nazywa pryszczycę »odczynem skóry, posiadającym dokładne cechy kliniczne i histologiczne; powstaje on w skórze uczulonej (usposobionej) na działanie pewnych określonych bodźców zapalnych, przenikających do niej z wewnątrz i z zewnątrz«.

Riecke podaje określenie następujące: »pryszczyca jest schorzeniem skóry, którego objawy kliniczne i anatomiczno-patologiczne wykazują li tylko zjawiska zapalne. Na zjawiska te, oraz na ich przebieg wpływa jednak wyższy, swoisty czynnik patologiczny, którego istoty szukać należy w usposobieniu narządu (skóry), lub też w skazie ogólnej«. Dla Kreibicha jest pryszczyca »odruchem, powstającym wskutek pobudzenia nerwów czuciowych naskórka. Odruch

może być prosty, jednokrotny, lub też złożony, wielokrotny. Posiada on charakter zapalny i rozpoczyna się w postaci kropkowatej«.

Z rozmysłem podałem wyciągi, przytoczone powyżej, a dotyczące czasów nowych oraz chwili bieżącej, aby wykazać, jak badacze nowocześni ujmują i określają pojęcie pryszczycy. Jeżeli pominąć bardzo indywidualne określenie Kreibich'owskie, mające unaocznić charakter angioneurotyczny zapalenia, powstającego drogą odruchów nerwowych, to przyznać trzeba, że określenia te są albo bardzo ogólnikowe (Pinkus, Riecke), albo też mówią nazbyt wiele (Darier, Bloch). Badacze są jednomyślni co do objawów klinicznych i histologicznych sprawy pryszczycowej, co do jej istoty zapalnej, a także co do umiejscowienia zapalenia w pokładach górnych skóry oraz w naskórku (epidermo-dermitis). Kładzie się jednak, być może, nacisk niedostateczny na tak kardynalny objaw pryszczycy, za jaki należałoby poczytywać swędzenie. Zgoda panuje także co do szczególnego, widocznie swoistego uczulenia pryszczycowych. Zdaniem większości autorów uczulenie to ma być wyłącznie narządowe, czyli że w danym razie ma dotyczyć li tylko skóry. W tym sensie mówi się zatem, że pryszczycowi -- poza schorzeniem skóry -- są» zupełnie zdrowymi« (?) ludźmi«. Podnieść jednak muszę, że określenie Riecke'go zawiera dane o usposobieniu ogólnem (»skaza ogólna«) obok usposobienia miejscowego (»uczulenie skóry«). Ten szczegół, który znajdzie się także u Darier'a (o czem niżej), radzę zapamiętać. Jest rzeczą oczywistą, że nie daje się on pogodzić z pojęciem zdrowia zupełnego. Nie można bowiem uważać pryszczycowego, obarczonego skazą ogólną, za człowieka skądinąd zupełnie zdrowego«. Co się następnie tyczy wywołujących czynników pryszczycotwórczych, to należy zaznaczyć, że badacze najczęściej przypisują bodźcom zewnętrznym znaczenie rozstrzygające. Odnosi się przytem wrażenie, że rzecz dotyczy bowiem głównie powstawania t. zw. pryszczycy ostrej. Całokształt bodźców zewnętrznych jest nakreślony niezmiernie szeroko (Dariel, Block, Jaeger). Török wspomina jednak tylko o bodźcach przewlekłych i fizykalnych. Pinkus znowu mówi o »pewnych określonych bodźcach zapalnych, przenikających do skóry i z wewnątrz i z zewnątrz«. To już nieco zacieśnia niezwykle obszerne pole działalności pryszczycotwórczej czynników zewnętrznych, wyznaczone np, przez Darier'a i B. Bloch'a. Darier wszak twierdzi, że pryszczyca jest najczęstszem schorzeniem skóry, obejmującem $^1|_3$ część kliniki dermatologicznej. Jeżeli się jednak zastanowić nad tem, co mówi Block i Darier i jeżeli się wspomni, że liczba czynników zewnętrznych — w części pasożytniczych, głównie zaś chemicznych (np. nowe leki) — wzrasta z dniem każdym, to łatwo dojść do wniosku, że niebawem nie będzie człowieka, którvby nie był uczulony w ten lub inny sposób na bodźce pryszczycotwórcze. Każdy z nas będzie pryszczycowym, albo przynajmniej kandydatem na to schorzenie. Taką myśl widocznie zawiera w sobie zdanie Darier'a, głoszące, że «niemal wszystkie miejscowe bodźce drażniące pochodzenia różnorakiego, których działanie umiarkowane wywołuje zjawiska rumienia, mogą spowodować pryszczycę, gdy ich zadziałanie będzie bardziej energiczne«... A dalej mówi się: »niektóre bodźce posiadają właściwość wywoływania pryszczycy niemal u wszystkich ludzi«. W tych warunkach znaczenie i wartość usposobienia skóry, jej swoistego uczulenia na bodźce pryszczycotwórcze schodzi oczywiście na plan bardzo odległy i więcej niż drugorzędny. »Odczyn pryszczycowy« staje się nietylko zjawiskiem pospolitem, »banalnem«, lecz niemal fizjologicznem, normalnem, a w najlepszym razie subnormalnem. Należałoby zatem liczyć go do tej samej kategorji, co odczyn pokrzywkowy, powstający bez uczulenia uprzedniego u każdego człowieka, sparzonego pokrzywą.

Jak widać, nakreślenie zbyt rozległych granic pryszczycy może częstokroć doprowadzić do niepożądanych nieporozumień. I o ile w rozprawie czysto teoretycznej nieporozumienia takie dają się częstokroć załagodzić przez zastosowanie pewnego punktu widzenia, doskonałą djalektykę i umiejętność polemiczną, o tyle w życiu praktycznem rzecz się może przedstawiać zupełnie odmiennie. Wskażę przykład. W obszernem i bardzo drobiazgowem określeniu pojęcia pryszczycy Darier (a także B. Bloch) pominął milczeniem doniosłą kwestję zakaźności. Sądzę, że uczyniono to z rozmysłem. Autor pragnął uniknąć niezbędnych omówień i zastrzeżeń, nie nadających się do umieszczenia w zasadniczem określeniu schorzenia. Pryszczyca bywa wszak powszechnie uważana za schorzenie niezakaźne. Temu daje też wyraz Darier zaznaczając, że pryszczyca nie jest chorobą, spowodowaną mikrobami (str. 75). Tymczasem w rozdziale o anatomji patologicznej tego schorzenia (Nr. 5) można się dowiedzieć, że świeże pęcherzyki pryszczycowe albo zawierają drobnoustroje w chwili swego powstawania, albo też są zupełnie jałowe. (Zwracam uwagę, że kategorję pęcherzyków, zawierających drobnoustroje, umieszczono na planie pierwszym). Otóż tutaj znowu wynika nieporozumienie godne pożałowania. Nie mówiąc już o tem, że takie postawienie kwestji znakomicie zmniejsza wartość anatomji patologicznej pryszczycy, należałoby zwrócić uwagę na okoliczność następującą. Jeżeli przypuścić, że pęcherzyk zawiera od samego początku paciorkowca, lub też paciorkowca obok gronkowca, to wypada nazwać taki wykwit tworem liszajcowym. Wówczas można byłoby mniemać, że pęcherzyk liszajcowy może być utożsamiony z pęcherzykiem pryszczycowym — przynajmniej w pewnych warunkach. Przypuszczenie takie nie jest bynajmniej urojone, gdyż u tegoż autora spotykamy się już z faktem realnym tej kategorji. W gromadzie pryszczyc Darier opisuje wysypkę o przebiegu ostrym, trwającą 3–4 dni, której nadaje miano ostrej pryszczycy rozsianej, czyli liszajca prosówkowego (eczéma aigu disséminé ou impétigo miliaire). Jest to miliaria rubra et crystalina, lichen tropicus, pricily heat autorów. Na zasadzie badań bakterjologicznych i histopatologicznych Darier pragnąłby uważać to schorzenie za liszajcowe i przenieść do grupy liszajców. Umieszcza je jednak w rozdziale o pryszczycach li tylko dlatego, że wykazuje ono podobieństwo kliniczne raczej do pryszczycy, choć nie ujawnia skłonności do sączenia, choć wykwity nie skupiają się w gromady i choć przebieg całej sprawy jest zgoła odmienny. Tu autor wpadł w oczywisty dylemat kliniczny i patogenetyczny, który rozwiązał na niekorzyść liszajca. Mając przed oczyma t. zw. odczyn pryszczycowy, Darier wolał przypuścić istnienie raczej pryszczycy nietypowej, niż liszajca nietypowego. To samo dotyczy pryszczycopodobnego zapalenia liszajcowatego skóry typu Gougerot'a i Desaux (epidermo-dermitis streptococcica). Zostało ono zaliczone do grupy pryszczyc i nazwane pryszczycą paratraumatyczną, choć przyznać trzeba zupełnie bezstronnie, że niektóre cechy kliniczne schorzenia, a następnie dane etjologiczne, rozwój, przebieg, oraz odczyn leczniczy bynajmniej nie upoważniają do takiego wniosku. Za podobieństwem do pryszczycy przemawia jedynie obecność drobnych wykwitów pęcherzykowych liszajca prosówkowego oraz skłonność do sączenia. Słabą stronę tej pozycji Darier wyczuwa niewątpliwie. To też omawiając stosunek pryszczycy do liszajca, zaznacza on wyraźnie, że »drobnoustroje ropotwórcze« (czynnik etjologiczny liszajców) mogą (sont capables) w pewnych warunkach i na pewnem określonem podłożu spowodować zjawienie się zapalenia skóry typu pryszczycy zupełnie tak, jak każdy inny bodziec drażniący (faire naitre l'épidermo-dermite du type eczéma). W tem zdaniu zapalenie liszajcowate skóry (epidermo-dermitis strepto-staphylococcica) niewątpliwie przeciwstawia się zapaleniu pryszczycowemu (epidermo-dermitis eczematosa). Z pierwszego zradza się drugie. O ten właśnie wniosek głównie mi chodziło w danym razie. Schorzenie gronkowcowo-paciorkowcowe może być wywołaczem pryszczycy, nie jest jednak pryszczycą w sobie. Jest to raczej schorzenie przedpryszczycowe. Może ono wystąpić u niepryszczycowego. U osobnika ze skłonnością do pryszczycy może ono, lecz nie musi w każdym przypadku spowodować wybuch odczynu pryszczycowego. Aby to stać się mogło, niezbędne jest współdziałanie pewnych określonych warunków (t. zw. wyższy czynnik patologiczny Rieckiego).

Wobec powyższego nie widzę dziś powodu mianowania pryszczycą sprawy o tak określonym charakterze etjologicznym i patogenetycznym. Czy nie byłoby o wiele słuszniej i bardziej logicznie umieścić ją w grupie zapaleń ropnych

skóry (pyodermitis) obok gromady liszajców? Podobnie wszak czyni się z grzybicami skóry np. z grzybicą naskórkową Sabouraud'a (epidermophytia inguinalis), której stosunek pośredni do pryszczycy jest zupełnie analogiczny do wyż. wyłożonego. Takie ujęcie kwestji zwęziłoby zakres pryszczycy i zmniejszyłoby znakomicie nie liczbę czynników pryszczycotwórczych, lecz liczbę »odmian« tego schorzenia. Mnogość odmian nietylko obciąża, lecz do pewnego stopnia także zaciemnia niełatwe do określenia pojęcie pryszczycy.

B) Przytoczone rozważania prowadzą w linji prostej do pytania, co należy uważać za odczyn pryszczycowy? Zastanawiając się nad kwestją, jak badacze określają różne odczyny zapalne skóry w tej właśnie dziedzinie, dochodzi się do wniosków następujących. Jeżeli rzecz dotyczy przekrwienia skóry z łuszczeniem następczem, to zwykło się mówić o zapaleniu skóry pospolitem, banalnem (Dermatitis simplex). Zapalne zmiany skóry typu rumienia wielopostaciowego, bywają najczęściej oceniane jako osutki lekowe. Zapalenie pęcherzykowe skóry, wykazujące skłonność do sączenia, bywa zazwyczaj nazywane pryszczycą, odczynem pryszczycowym. spryszczeniem (eczematisatio), przyczem ujawnia się wyraźna chęć utożsamienia ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry wywołanego sztucznie (Dermatitis vesiculosa artificialis) z pryszczycą ostrą. Takie określenie odczynu, zgodne z przyjętem dawniej, mieści w sobie pewną sumę danych klinicznych, pewien zespół wykwitów, z któych kazdy posiada jednaką wartość patologiczną, jak to słusznie zaznacza Darier. Wśród nich pęcherzyk — źródło sączenia — zajmuje jednak stanowisko naczelne i on też nadaje całemu odczynowi znamienną cechę kliniczną. Pęcherzyki zazwyczaj bywają drobne, punkcikowate, rozmiarów łebka szpilki, ziarna maku i najczęściej wielkości jednakiej. Pokrywa ich jest dosyć gruba, spoistość twarda. Podczas dotykania palcem otrzymuje się wrażenie, jakoby twory były wbite w naskórek. Pęcherzyki zwykły skupiać się w gromady.

Przytoczone dane kliniczne odczynu pryszczycowego bynajmniej nie mogą być poczytywane za bezwzględnie patognomistyczne dla sprawy. W dermatologji spostrzega się bowiem zapalenie pęcherzykowe w wielu innych schorzeniach, nie mających nic wspólnego z pryszczycą, albo też wykazujących z nią łączność jedynie pośrednią. Dlatego też objawy kliniczne odczynu zazwyczaj bywają uzupełniane obrazem histopatologicznym. Stanowi to całość, która pozwala wej zeć o wiele głębiej w istotę sprawy chorobowej. Otóż dla typowego odczynu pryszczycowego, który jest zjawiskiem zapalnem, należy uważać za znamienne współistnienie 5 faktów. Do nich zalicza się: a) umiejscowienie zapalenia w pokładach górnych skóry właściwej oraz w naskórku (epidermo-dermitis); b) przeobrażenie gąbczaste naskórka wskutek obrzęku międzykomórkowego (spongiosis), powodującego powstawanie pęcherzyków śródkolczastych; c) rozrost warstwy kolczastej naskórka (acanthosis); d) rogowacenie wadliwe naskórka (parakeratosis); e) stan jałowy zawartości pęcherzyków. Każdy z tych objawów wzięty oddzielnie posiada jedynie względną wartość rozpoznawczą. Zważyć bowiem należy, że nawet przeobrażenie gąbczaste, rzekomo tak swoiste dla pryszczycy, można też wykazać w innych schorzeniach skóry, że tylko wymienię dla przykładu ziarniniaka grzybiastego oraz grzybicę strzygącą. Wobec tego sądzę, że dla dokładnej i pewnej charakterystyki pryszczycy należy wymagać współistnienia wszystkich objawów mikroskopowych, wymienionych powyżej. Muszę to znowu nazwać zwężeniem pojęcia pryszczycy, mniemam jednak, iż jest to rzecz pożądana, a nawet konieczna. Z tego punktu widzenia nie mógłbym nazwać pryszczycą zmian histopatologicznych, podanych przez H. Jaeger'a w opisie odczynu skóry, wywołanego sztucznie przez zastosowanie pewnych odczynników chemicznych (t. zw. naskórna próba czynnościowa Jaeger'a i Bloch'a). Znajduję tam dane jedynie co do punktu a i b, stwierdzam brak wzmianki o punktach c, d i e. Z mojego punktu widzenia Jaeger opisuje pospolity odczyn pęcherzykowy skóry, nie zaś odczyn pryszczycowy. Mogę to zresztą najzupełniej stwierdzić na zasadzie własnych porównawczych badań mikroskopowych, o których poniżej jeszcze będzie mowa.

Dok. nast.

Stanisław PROGULSKI. Lwów.

O wpływie białka na wydzielanie moczu u niemowląt.

Z Kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Franciszek Groër.

Wpływ, jaki poszczególne składniki, wchodzące w skład pożywienia dziecięcego, wywierają na wydzielanie moczu był już przedmiotem bardzo licznych badań.

W szczególności najwięcej zajmywano się wpływem wody i soli nieorganicznych. Fakt ten jest dostatecznie zrozumiały wobec wielkiego znaczenia, jakie dla tkanek ustroju dziecięcego i ich sprawności mają właśnie te najzwyczajniejsze składniki pożywienia.

Dość wspomnieć, że tkanki ustroju dziecięcego są znacznie bogatsze w wodę niż u dorosłych a nadto, że przyjmowanie wody u niemowlęcia jest stosunkowo ogromne, wynosi bowiem około 150 gr na 1 kg wagi jego, u osobnika starszego zaś mniej więcej 35 gr [1]). Jedyny wiek, niemowlęcy, w którym większą część roku odżywia się człowiek wyłącznie lub przeważnie płynnym pokarmem. Zwiększonemu zaś przyjmowaniu, odpowiada większa wydzielniczość organów temu celowi służących, w pierwszym więc rzędzie nerek, dalej skóry, płuc i przewodu pokarmowego.

Z przemianą wody ściśle jest związaną przemiana soli nieorganicznych, których ona jest nośnikiem a stosunek ten jest częstokroć na wzajemnej zależności oparty.

Z innych składników organicznych pożywienia, to węglowodany były również przedmiotem badań wpływu, jaki na wydzielanie moczu i w ogólności na bilans wody u niemowlęcia wywierać mogą. Temat pociągający nietylko z punktu teoretycznych dociekań, ale i zwyczajnych spostrzegań klinicznych w dziedzinie odżywiania niemowląt. Wystarczy przytoczyć ciekawe zjawisko wiązania wody spożytej wraz z węglowodanami a stwierdzane nagłym przybytkiem ciężaru ciała, które w patologicznych stanach doprowadzić może do miejscowych bądź ogólnych obrzęków.

Wpływ, jaki wywierać może na wydzielanie moczu niemowląt jeden z najważniejszych składników pożywienia t. j. białko, mało jest dotąd znany Raczej przygodnie i przy sposobności innych badań bywał przedmiotem rozważań. Tak n. p. Nieman [2]), rozpatrując znaczenie węglowodanów dla diurezy, stwierdza, ze wpływ białka na wydzielanie moczu jest raczej ujemny, przez co rozumieć należy zmniejszenie się moczu. Jeśli niemowlęciu usunie się z pożywienia białko zastąpiwszy je kalorycznie równoważną ilością węglowodanów, wówczas ilość moczu zwiększy się uderzająco do tego stopnia, że można mówić prawie o »zalaniu nerek wodą«. To samo zjawisko spostrzegał tenże autor w innym przypadku, odżywiając dziecko mączką a więc pokarmem ubogim w azot.

Ilość moczu zwiększyła się w tem doświadczeniu z 500 na 1000 gr

Ten uderzający przyrost moczu nasuwa Niemanowi pewne podejrzenie, czy w przypadku ostatnim nie jest rozstrzygającym raczej brak soli i niemożność związania wody. Nie stwierdzając tego niezwykłego spostrzeżenia doświadczeniem dodatniem, t. j. zachowaniem się moczu po dodaniu białka do pokarmu, przyjmuje Nieman zatrzymanie wody za rzecz pewną.

Podobne obniżenie zauważył Moraczewski [3]) u dorosłych przy sposobności swych badań nad wydzielaniem chlorków i wody drogą nerek w zależności od pożywienia. Stosując próbę wodną skombinowaną, spostrzegał po wypiciu 1000 gr wody i zjedzeniu równoczesnem 100 gr sera, zmniejszenie się moczu do ilości 423 gr.

W doświadczeniu jego zmieniało się również wydzielanie soli w ten sposób, że chlorki zjawiały się już w początkowych porcjach moczu w zwiększonych ilościach.

Taki wpływ białka na zachowanie się wody w ustroju, mógłby w patologji dziecięcej mieć ważne znaczenie, dając się wykorzystać leczniczo w wielu schorzeniach, w których

[1]) cytat Nobla T. 22. Z. f. K. Nr. 27.
[2]) Nieman. J. f. K. T. 82. Str. 26.
[3]) Moraczewski. Pol. Gaz. Lek. Nr. 2. 1924. Str. 21.

ustrój dziecięcy ubożeje w zawartość wody nieraz dość nagle i w sposób katastrofalny, jak to się dzieje w ciężkiej niestrawności bądź w zatruciu (*toxicosis*), schorzeniach przebiegających z biegunką i wymiotami.

Nasuwa się więc pytanie, czy istotnie białko posiada wpływ zatrzymujący wodę w ustroju i jak się ma ta sprawa u niemowląt t. j w wieku, w którym dążność zatrzymywania wody, należy przecież do jego właściwości.

To zagadnienie staraliśmy się rozstrzygnąć zapomocą eksperymentu klinicznego urządzonego tak, aby dokładnością swoją mógł zastąpić żmudne i uciążliwe dla dzieci badanie przemiany materji. Należało więc oznaczyć z jednej strony wagę codziennego pokarmu wraz z zawartością wody, a z drugiej ilości wydzielanego moczu i stolca. Dalej, wartość odżywcza pokarmu wyrażona w jednostkach i zawarta w jednostce wagowej n. p. w 1 gr powinna być oparta na stosunku stałym w ciągu całego doświadczenia.

Zachowanie stałości tych dwóch wielkości przedstawia wartość zagęszczenia pokarmu. Jestto wzgląd, który dla wydzielania moczu ma zasadnicze znaczenie. Tylko bowiem przy zachowaniu tej samej koncentracji pokarmu można porównywać wydzielniczość moczu po dodaniu pewnego składnika pokarmowego z tą, jaka była przed jego wprowadzeniem.

Eksperyment nie byłby dokładny, gdyby w obliczeniach przyjętych płynów, ograniczyć się jedynie do zliczenia samej wody. Nadmieniamy o tem dlatego, że w dotychczasowych spostrzeżeniach okoliczność ta była stale pomijana, w zestawieniach nie uwzględniano bynajmniej wagi pokarmów stałych. Rozbudowa systemu odżywiania według Pirqueta wniosła znaczenie wagi składników pokarmu + zawartość wody, jako ilości przetwarzanej przez ustrój na mocz, ona nadto dała nam również pojęcie koncentracji pożywienia, która znalazła praktyczne zastosowanie w przyrządzaniu pożywienia dziecięcego. Szkoła wiedeńska w ciekawych swych studjach nad bilansem wody w ustroju starszego dziecka (N o b e l), [4]) nad stosunkiem zgęszczenia pokarmu do przyrostu wagi ciała a ilości moczu u niemowląt (H e l m r e i c h i S c h i c k [5]) zwróciła uwagę na szereg zagadnień z zakresu przemiany wody i wypracowała szczegółową metodykę dla tego rodzaju badań

Jej myślą przewodnią jest, że mocz człowieka pochodzi z wprowadzonej wody i stałych składników i to nietylko z tej ilości, która w nich może być zawartą, lecz także powstałej ze spalenia w ustroju węglowodanów, tłuszczów i białka w ilości zależnej od ich ciężaru drobinowego.

Tak n. p. ze 100 gr węglowodanów po odliczeniu suchej substancji, nie ulegającej przemianie na mocz, pozostaje 60 gr wody.

ze 100 gr tłuszczów pozostaje 90 gr wody
ze 100 gr białka « 80 gr «

Odliczywszy więc ilość substancji »nie tworzących moczu« w poszczególnych składnikach, otrzymujemy tak niskie liczby, że bez popełnienia większego błędu, można przyjąć wagę pożywienia za równającą się wadze wody.

Doświadczenie wykonaliśmy u 4 ga niemowląt, chłopców, w wieku 2, 8. 9 i 12 m. w pierwszych dniach kwietnia b. r. w czasie pogodnym przy ciepłocie pokojowej w granicach 13—15° R, przy stale otwartych oknach dla uniknięcia wyższej ciepłoty zewnętrznej a z nią zwiększonego przeziewu. Były to niemowlęta zdrowe, pozostające w dłuższej obserwacji klinicznej, o sprawności trawiennej prawidłowej i prawidłowym typie konstytucjonalnym.

Doświadczenie trwało dni 6, obejmując 3 okresy, z których każdy trwał 2 dni. W ciągu pierwszego wszystkie dzieci dostawały mleko krowie pełne o stałej i zwyczajnej zawartości tłuszczu, z dodatkiem 8,5 cukru buraczanego na 100 gr, co w systemie odżywiania Pirqueta odpowiada wartości odżywczej półtoracznej. Jestto wartość, którą zazwyczaj posługujemy się przy odżywianiu zdrowych niemowląt z jak najlepszymi dla nich wynikami.

Ilości pokarmu spożywanego w ciągu doby obliczono u każdego dziecka wedle osobniczego ich zapotrzebowania odpowiednio do wielkości powierzchni odżywiania.

W okresie drugim dostawały dzieci pokarm umyślnie przyrządzony. Do 100 gr serwatki pozostałej po zrobieniu sera, dodano 20 gr kilkakrotnie przetartego sera. Ilość tłuszczu pozostawiono tę samą, podobnie uzupełniono ilość węglowodanów dodając cukru. Użyto serwatki w tym celu, aby utrzymać tensam skład soli co w mleku krowiem. Ciężar pokarmu i wartość odżywcza, czyli koncentracja pokarmu pozostały w niezmienionym stosunku. Pokarm ten przypomina tak z wyglądu, jak smakiem swym, mleko białkowe a przez większą zawartość cukru jest wcale smacznym do spożycia. Różnica polegała w odmiennej zbitości, co jak wiadomo, przyjmują nawykłe do mleka i zdrowe niemowlęta z pewnym sprzeciwem. W pierwszych godzinach podania zwracają nawet pewne jego ilości, rychło jednak przyzwyczajają się do nowego pożywienia i spożywają go bez trudności.

Doświadczenie rozpoczęto o 6 rano t. j. w 9 godzin po ostatniem karmieniu o 9 wieczorem dnia poprzedniego

Mocz chwytano do przywiązywanych do członka rurek szklanych a nadto podkładano każdorazowo dokładnie ważone pieluszki, tak aby w razie wylania się poza rurkę nie uronić jego ilości. Stolce przy tym pokarmie przyjęły charakter stolców tłuszczowo-mydlanych, były p r a w i d ł o w e j zbitości i barwy. Oznaczano je wagowo podobnie, jak i wymioty, które chwytano do odważanych przedtem i podkładanych podbródków [6]).

Trzeci wreszcie z okresów dwudniowych był powtórzeniem okresu pierwszego.

Znaczenie pierwszego okresu t. j. wstępnego dla wydzielania moczu, jak to wynika ze spostrzeżeń S i e b e c k a [7]) jest ważne. U dorosłych zauważył on, że »stan« osobnika w czasie przed doświadczeniem jest czynnikiem wpływającym na wydzielanie moczu. Diureza wzrastała, jeśli osobnik przed tem wypijał większą ilość wody i naodwrót malała, gdy zmniejszył jej spożywanie. Opierając się na tem spostrzeżeniu E. A s c h e n h e i m podawała niemowlętom przez czas długi, gdyż przez dni 31, skoncentrowany pokarm w postaci mleka białkowego z 15% cukrem, bez dodawania wody. Po tym czasie z 200 gr naczczo podanej wody destylowanej zatrzymało niemowlę raz wszystko, w innych kilku przypadkach większe ilości. Również spostrzegał H e l m r e i c h różnice w ilościach wydzielanego moczu przy przejściu z jednego pokarmu na drugi, przyczem ustrój zachowywał się w ten sposób, że wydzielanie wody w pierwszych dniach zmiany pokarmu zatrzymywało się na tym poziomie, jaki miało przy poprzednim pokarmie. Stąd wynikały nawet pewne opaczne zjawiska n. p. zwiększona diureza przy zmniejszonym dowozie wody lecz po poprzednim okresie obfitych ilości wypitej wody. Wszystkie te jednak zmiany spostrzegać było można tylko przy różnicach w koncentracji podawanego pożywienia. W naszem doświadczeniu dla uniezależnienia się od tych wpływów, pozostawały niemowlęta nietylko w czasie doświadczenia ale i przed niem od dłuższego czasu na tej samej koncentracji półtoracznej.

Jak się to z tablic powyższych okazuje, można stwierdzić pewien wpływ podanego w pokarmie białka na ilość wydzielonego moczu. Zatrzymanie wody oznaczone ciemnem polem nie jest jednak tak wybitne, jakby się tego należało spodziewać na podstawie przytoczonych już wyżej spostrzeżeń.

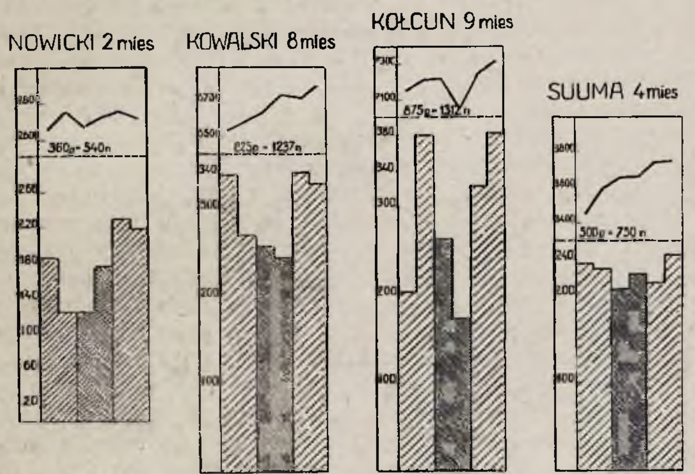
Jeżeli na diecie węglowodanowej z wykluczeniem białka widział N i e m a n wprost »zalanie nerek wodą«, to po podaniu białka oczekiwać należałoby przynajmniej wybitnie powstrzymanej diurezy. Wzbogacając nadto podany pokarm odsetką 20 gr. sernika, podnieśliśmy zwyczajną zawartość procentową 2 dekanemów w mleku krowiem (wedle tablicy Pirqueta o wartości dziennej artykułów spożywczych), po doliczeniu jeszcze białka serwatki na 4,4 dekanemów. Energja

[4]) l. c.
[5]) H e l m r e i c h i S c h i c k. Z, f. K. T. 30

[6]) Szczególne podziękowanie wyrazić należy ofiarnej współpracy dniem i nocą Siostrom Szkoły zawod. pielęgniarek Wydziału lek. lwowsk. (SS. Annie, Helenie i Oldze).
[7]) cyt. E. Aschenheim Z. f. K. T. 24. Str. 288.

białkowa uległa przeto zagęszczeniu z dotychczasowej 14,3% na 29,2%.

Tymczasem ilość wydzielonego moczu w okresie białkowym zmalała w miernym tylko stopniu.



Górna część obrazu: krzywa wagi, ciężar pożywienia i jego wartość odżywcza w nemach.
Dolna część: ilość moczu w okresach dwudniowych, środkowe pole podczas dyjety białkowej.

Dla przedstawienia cyfrowego obliczyliśmy dokładnie w każdym przypadku sumę spożytego pokarmu w dwudniowym okresie (odciągnąwszy przedtem wagę wymiotów). Zestawiwszy tę ilość z ilością moczu wydzielonego w tym samym czasie zestawiliśmy procentowy stosunek moczu do wagi przyjętego pokarmu.

Przedstawia się on następująco:

Dwudniowe okresy	Now. 2 m.	Kow. 8 m.	Koł. 9 m.	Sul. 4 m.
I.	47%	38%	33%	46%
II. Mleko sernikowe	46	30	28	42
III.	68	40	37	47

Zarówno z tablic, jak i z procentowych obliczeń widocznem jest, że stosunkowo największa wydzielniczość moczu przypada na okres trzeci, t. j. na czas powrotu z djety bogatej w białko na uboższą. Możnaby przypuścić, że ustrój dążąc do wyrównania wody, czy też chcąc pozbyć się zwiększonej ilości produktów rozpadu białka wydala ją nawet z pewnym impetem w czasie nieco opóźnionym.

Posługując się tą samą techniką w urządzeniu doświadczenia i przestrzegając stałości tych samych warunków wykonaliśmy szereg dalszych prób u 5 ga niemowląt. Różnica polegała w przyrządzeniu djety białkowej podanej w drugim okresie. A mianowicie: dwadzieścia gramów sernika wyciśniętego przetarto kilkakrotnie i zmieszano z 80 gr czystej wody przegotowanej, wyrównawszy brak węglowodanów i nadmiar tłuszczu ściśle z ilością tychże składników w mleku półtoracznem podanem w I. i III. okresie.

W ten sposób pokarm sernikowy nie zawierał soli, które pozostały w odrzucowej serwatce. Niemowlęta przyjęły to pożywienie równie dobrze, starsze o bardziej wyrobionym już smaku, zwracały w pierwszym dniu nieznaczne ilości. Charakterystycznie zachowały się u nich stolce, a mianowicie po tym pokarmie przybrały barwę jasno szarawą i zbitość do tego stopnia, że nieraz z trudnością, tylko dzieci były w stanie je wydalić.

Diureza w okresie środkowym wzrosła do znacznych ilości. Zjawisko znane i zrozumiałe wobec roli, jaką dla budżetu wody w ustroju odgrywają sole nieorganiczne.

Przez wykluczenie NaCl, jak w powyższem doświadczeniu można było zmusić ustrój do wydostania jej z tkanek, woda nie związana z solami, wydzieliła się z moczem.

Dwudniowe okresy	Zbign. N. 2 mieś.	Sklepk. 2 mieś.	Wład. S. 3½ mieś.	Kowal. 7 mieś.	Sochanek 12 mieś.
I.	47%	48%	49%	32%	32%
II. Ml. sernikowe bez soli	54	63	58	54	42
III.	26	39	40	25	26

Wpływ soli jest tu tak wielki, że przeważył ewentualne powstrzymanie diurezy wywołane nadmiarem białka.

Mechanizm miernego zatrzymywania wody po pokarmie białkowym u niemowląt nie jest dostatecznie znany. Nieman szuka wyjaśnienia tej zależności w zwiększonej przemianie materji, jaka po białku, jako składniku szczególniej dynamicznym, wystąpićby miała. Z nasileniem tego procesu ma wzrastać zarówno ciepłota, jak i utrata wody drogą parowania. A przeto ograniczona wydzielniczość moczu po białku polegałaby tylko na zmianie drogi, jaką obrałaby woda, dążąc do opuszczenia ustroju przez inny organ, to jest — skórę.

Nie jest jednak prawdopodobnem zdanie tegoż autora aby jedynie taki mechanizm był przyczyną tego stanu. Możliwem jest, jak to już dla dorosłych wykazywał Grafe, [8]) że w razie braku ciał azotowych w pożywieniu uwalnia się woda z niemi dotychczas związana i uchodzi drogą nerek. Wpływom różnorakiego wchłaniania się soli przypisuje Moraczewski różnice w diurezie. Pod wpływem pokarmów, które działają jako bodźce na wydzielanie soków żołądkowych i jelitowych, następuje zwiększenie chloru a ten zaś wpływa kolejno na zmniejszenie wydzielania wody drogą nerek.

Prof. A. TRZECIESKI. Poznań.

Treść i znaczenie farmakologji jako chemjopatologji i chemjoterapji.

Wstęp do kursu farmakologji, wygłoszony na Uniwersytecie Poznańskim.

Świat zewnętrznej przyrody może wywierać najpotężniejszy, najrozmaitszy wpływ na żywe istoty, które go zamieszkują, które się żywią jego kosztem, i same jego cząstki składają.

Te wpływy zewnętrznej przyrody, w jednych warunkach w jednych granicach — szkodliwe, zgubne, w drugich naodwrót — w tym lub innym kierunku dobroczynnie, zbawiennie na życie mogą oddziałać. Właśnie ostatnie dobroczynne dla życia wpływy natury, o ile one szczególnie człowieka dotyczą, najbardziej nas medyków zajmują. My staramy się je poznać, zbadać, niemi owładnąć, ażeby przy ich pomocy podtrzymać, podnieść życie tam, gdzie ono upada, lub obronić je od tych wrogów, co mu korzenie podgryzają.

Wszystkie wpływy i siły zewnętrznej przyrody, które są tylko w stanie dodatnio oddziałać na organizm, szczególnie — na organizm chorego człowieka, my nazywamy leczniczemi, albo leczącemi. Te z pośród nich, które działają dzięki swej fizycznej energji: cieplnej, świetlnej elektrycznej, mechanicznej — wchodzą w zakres osobnej gałęzi terapji (t. j. nauki o leczeniu), tak zwanej fizycznej terapji, lub fizjoterapji.

Lecz pomimo fizycznych, przyroda posiada jeszcze niewyczerpany zapas wpływów chemicznych. Te wpływy che-

[8]) cyt. przez Niemana.

miczne, nieskończenie rozmaite, bezgranicznie potężne, tem większą na siebie naszą uwagę zwracają, tem większe dla nas mają znaczenie, że i nasze całe życie, we wszystkich jego przejawach, niczem jest innem, jak tylko wyrazem, odbiciem na zewnątrz, chemicznych takoż procesów. Nasze ciało, jak i każdego zwierza, złożone jest z komórek, a każda komórka żyje i pewne czynności ujawnia tylko dzięki tym chemicznym, lub fizyko-chemicznym, procesom, które się w niej odbywają.

Te procesy komórkowego chemizmu są to przeważnie procesy rozszczepienia złożonych ciał na prostsze. Pierwiastki, lub ich mocniej spojone grupy, tak zwane, rodniki (radykały), przy rozpadaniu się złożonych związków (względnie — ich cząstek) rozmieszczają się w innym niż przedtem porządku, teraz już — według najsilniejszego wzajemnego powinowactwa. I wskutek nasycenia tego powinowactwa oswobadza się żywa, kinetyczna energja, która się przejawia na zewnątrz w postaci ciepła, mechanicznych sił i t. d.

Że takie nowe rozmieszczenia, przegrupowania składających elementów (i rodników) istotnie mogą służyć źródłem kinetycznej energji, najprostszym dowodem — pierwszy lepszy wybuchowy materjał. Całkiem bierny napozór, kryje on w sobie ogromny zapas potencjalnej energji, t. j. ukrytej energji chemicznego powinowactwa, która to przy naruszeniu jego chwiejnej równowagi zostaje zwolniona w postaci żywych sił wybuchu.

W organizmie człowieka, jak i każdego zwierza, dopóki tylko ogień życia płonie, toczą się procesy rozkładu złożonych ciał, idzie wyzwolenie utajonej energji.

Oto co służy podstawom życia i wszystkich życiowych czynności. Jeśli zwierzę się rusza, wytwarza ciepło, elektryczność, światło (jak niektóre owady lub wymoczki), jeśli nakoniec ono ujawnia formy, tak zwanej »wyższej« psychicznej energji, t. j. jeśli ono odczuwa, myśli, rozważa, to wszystko ma miejsce tylko dzięki tym chemicznym lub fizyko-chemicznym procesom, które się odbywają w stosownych tkankach i komórkach.

I gdy tylko te procesy komórkowego chemizmu zmieniają się, zmieniają się jednocześnie i ich zewnętrzne odbicia, stosowne przejawy i funkcje życia. A za pewnemi granicami takie uchylenia od normy przedstawią nam ten stan nienormalnych, patologicznych funkcyj, który my nazywamy chorobą.

W taki to sposób, podstawą życia, bezwzględnie zdrowego, czy też chorego, służą procesy komórkowego chemizmu. Jak już była mowa, są to procesy przeważnie rozszczepienia złożonych ciał. Materjał dla takiego rozszczepienia zostaje uzupełniony, odnowiony przez wprowadzenie z zewnątrz do organizmu pokarmu. I trzeba wiedzieć, iż zmieniając ilość i jakość tego pokarmu, do pewnego stopnia możemy wywierać wpływ na procesy komórkowego chemizmu, a więc na funkcje i przejawy życia. Takiemi to właśnie leczniczemi, pokarmowemi wpływami zajmuje się osobny rozdział terapji — d j e t e t y k a.

Pomimo jednak pokarmowych, świat zewnętrznej przyrody posiada niezliczone zapasy ciał, które źródłem żywych sił w organizmie nie służą, a więc dla celów odżywiania wcale się nie nadają, a jednakowo mogą wywierać wpływ, i nieraz nadzwyczaj silny, na procesy komórkowego chemizmu, a więc na funkcje i życie całego organizmu. Badaniem działania tych wpływów na organizm zwierzęcy, wpływów chemicznych z wyjątkiem pokarmowych, trudni się f a r m a k o l o g j a.

W gruncie rzeczy, farmakologja zajmuje się w pierwszej linji działaniem tych ciał, które wpływ dobroczynny, leczniczy na chory organizm wywierają. A więc — lekarstwo. Stąd pochodzi i sama nazwa od greckiego słowa »*pharmakon*« co znaczy — lekarstwo. Inaczej mówiąc, farmakologja jest przedewszystkiem chemiczną terapją — c h e m j o t e r a p j ą.

Co się zaś tyczy chemicznych sił natury, dla człowieka szkodliwych, zgubnych, one składają do pewnego stopnia odosobniony dział, naukę o jadach, t o k s y k o l o g j ę, którą możnaby nazwać c h e m j o p a t o l o g j ą. Oczywiście, iż chemjopatologja, posiadająca sama przez się ogromne praktyczne znaczenie dla lekarza, powinna być włączona do kursu farmakologji. Lecz sam ten podział niezmiernego w swej ilości materjału różnorodnych chemicznych wpływów natury na dziedzinę farmakologji, t. j. leków i dziedzinę toksykologji, t. j. jadów — może być usprawiedliwiony tylko jako korzystniejsza pod względem praktycznym specjalizacja, jak poniekąd wymuszone rozgałęzienie jednego pnia, nauki o działaniu chemicznych wpływów natury na organizm zwierzęcy. I podział tej nauki na zakres ścisły farmakologji i toksykologji może być tylko względnym i sztucznym. A to dla tej prostej przyczyny, iż rozgraniczyć chemiczny materjał natury co do jego działania — wyłącznie leczniczego, lub wyłącznie toksycznego — całkiem jest niemożliwe. Istotnie, jeśli jakikolwiek bądź środek zdolny jest wogóle wywrzeć pewien wpływ na organizm zwierzęcy, to tem samem stwarza się możliwość i jego dodatniego, leczniczego działania w odpowiednich warunkach, a z drugiej strony — i działania ujemnego, toksycznego, mianowicie, kiedy efekt w sensie napięcia lub rozprzestrzenienia przekroczy wiadome granice. I w praktyce, jedno i to samo ciało w pewnych warunkach, w pewnej ilości może oddziaływać jak lek, w innych, naodwrót, jak jad. Tak n. p. morfina w małych dawkach jest to znakomity środek, uśmierzający ból, a w dawkach większych — śmiertelny jad. Lecz nawet w jednych i tych samych, leczniczych, terapeutycznych dozach morfina może działać na organizm i dodatnio i ujemnie, zależnie od okoliczności. Tak n. p., morfina już w małych leczniczych dawkach uśmierza ból, gdyż obniża pobudliwość kory mózgowej, zwłaszcza jej czuciowych komórek. Wskutek czego słabną wszelkie odczucia, szczególnie bólu, a w sferze psychicznej następuje pewnego rodzaju uspokojenie, sprzyjające snu. Jednocześnie morfina rozszerza naczynia mózgu. Ten ostatni efekt zazwyczaj tak mało jest uwydatniony, że w grę bynajmniej nie wchodzi i klinicznie zgoła się nie ujawnia. Natomiast w zdarzeniach już istniejącego przekrwienia mózgu, n. p. przy bólu głowy, lub podczas gorączki — naczyniowy efekt morfiny staje się tak wyraźnym, iż zupełnie zmienia jej podstawowe na korę mózgową działanie (naturalnie, mowa tu o małych dawkach). I zamiast kojącego efektu spostrzegamy naodwrót, zwiększenie bólu głowy, psychiczny niepokój i bezsenność.

Na tym przykładzie łatwo się przekonać, jak względnym jest podział chemicznego materjału natury na zakres farmakologji i toksykologji. Ostatnia, chociażby już tylko w pewnym obrębie, jako toksykologja leków, wcieloną jest do farmakologji, tworząc z nią jedną niepodzielną całość.

* * *

Nasza znajomość leczniczych i jadowitych chemicznych wpływów natury sięga swojemi korzeniami najstarszych okresów ludzkości. Na nią składały się i teraz się składają, przypadkowe spostrzeżenia laików i mniej lub więcej świadome doświadczenie lekarzy. W taki to sposób ogromna ilość ciał już została bodaj jednostronnie wypróbowana co do ich wpływu na organizm człowieka, a niektóre z pośród nich weszły już do arsenału współczesnej terapji.

W nowszych czasach, medycyna wzbogaciła się, jeszcze dwoma źródłami chemicznych wpływów. Dzięki powstaniu nowej nauki, bakterjologji, potrafiono przygotowywać zapomocą bakteryj i z samych bakteryj nadzwyczaj silnie działające jady i leki. O tych sukcesach immuno- i sero-terapji szczegółowo traktuje bakterjologja.

Z drugiej znów strony, niezmierny rozwój współczesnej chemji dał w ręce możność tworzenia całkiem nowych leków, jakich wogóle w przyrodzie niema, w drodze sztucznej, w drodze s y n t e z y. Temu to źródłu syntezy leków za krótki czas jej istnienia medycyna zawdzięcza cały szereg nader cennych środków. Tak, nowoczesne środki nasenne, przeciwgnilne, przeciwgorączkowe, znieczulające (miejscowo), etc. — to wszystko produkty syntezy. I trzeba uznać, iż wiele pośród nich pod względem specyficzności, t. j. czystości efektu, nie wiele pozostawia do życzenia.

Synteza lekarstw opiera się na istniejących farmakologicznych danych, a każdy nowy krok na tej drodze musi

podlegać ścisłej farmakologicznej kontroli, kontroli eksperymentu i klinicznej obserwacji.

Wyobraźmy sobie, n. p., iż celem naszej syntezy ma być możliwie doskonały nasenny środek. Otóż, za punkt oparcia naszych rozważań będą służyć naturalnie własności już istniejących, już znanych nasennych środków; ich skład chemiczny i ich działanie.

Przypuśćmy schematycznie, iż w pewnej grupie (lub grupach) nasennych środków cząsteczki ich składają się z następujących rodników (radykałów):

I — *a b c*
II — *a d s*
III — *a f h*

Otóż zauważamy, iż wszystkim tym środkom, lub szeregom tych środków, wspólny jest jeden radykał — *a*. Więc wnioskujemy, iż obecność jego to właśnie jest wyrazem ukrytych w cząsteczce nasennych wpływów (taką rolę w rzeczywistości odgrywa grupa *etylu* — C_2H_5). Co się zaś tyczy kombinacyj tego radykału *a* z innemi, to właśnie w przytoczonych szeregach bynajmniej nie są najkorzystniejsze. Gdyż, w I n. p., szeregu działanie nasenne jest nader krótkotrwałe, wskutek szybkich zmian (utlenienia) w organizmie.

Środki II szeregu mało są rozpuszczalne, a więc wchłaniają się powolnie i działanie ujawnia się tylko po upływie pewnego czasu. Co gorsza, przy dłuższem użyciu mogą być szkodliwe. (Taki wpływ istotnie posiada grupa »*Sulfo*« SO_2).

Środki III szeregu nie dają czystego efektu, gdyż działają ujemnie na serce. (Tem się odznacza obecność w cząsteczce chlorowców).

Otóż, opierając się na podstawowej grupie *a*, obmyślamy dla niej połączenia z takiemi rodnikami, któreby, stosownie do znanych ich farmakologicznych własności, złożyły się na całość, najpożądańszą w danym kierunku nasennego działania. Co do możliwości ziszczenia w praktyce tej teoretycznej kombinacji (czasem tylko kosztem nieznacznych zmian w cząsteczce), o tem decydują naturalnie chemicy. I jeśli im taka synteza udała się, medycyna ma w swem posiadaniu nowy środek, lecz jeszcze nie do użycia, ale tylko do wszechstronnego wypróbowania w eksperymentach na zwierzętach i w doświadczeniach klinicznych na ludziach. Czy też istotnie wynik najściślejszej kontroli stwierdza w praktyce teoretycznie pomyślane własności nowego ciała.

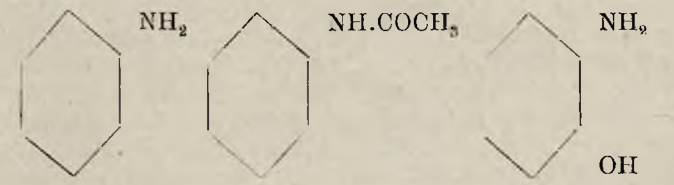
Otóż, niestety, w wielu, bardzo wielu, przypadkach, ta niezbędna dla każdego nowego środka farmakologiczna kontrola nie jest dość ścisła, dość wszechstronna i dość ostrożna. Wynalazca i fabrykant, jak wszyscy rodzice, roszczą, zazwyczaj zanadto wiele nadziei i pretensyj, jak do dzieci własnych, do swoich wytworów, zresztą śpieszą zebrać praktyczny plon swojej pracy i swoich wydatków. I nowy środek, niestety, przedwcześnie poroniony, w stroju jaskrawej reklamy zjawia się na świat.

Jest to istna plaga współczesnej terapji ta powódź nowych środków, któremi fabryki zalewają rynek medycyny. Jak najwyraźniej trzeba ostrzec lekarzy od pokusy zbyt pośpiesznego zastosowania tych środków raniej, nim przejdą przez krzyżowy ogień wszechstronnych badań, laboratoryjnych i klinicznych.

Lekarz w swej prywatnej praktyce powinien jak najbliżej się trzymać arsenału tych leków, z działaniem których jest on dokładnie, w zupełności obeznany, i jak najdalej stronić od nowych, nie dość jeszcze wypróbowanych środków.

Taki konserwatyzm lekarzy tem bardziej jest wskazany, iż w tej powodzi nowych środków, które fabryki wyrzucają na rynek, istotnie nowych jest nad wyraz mało. Zazwyczaj chodzi tylko o jakąś nieznaczną odmianę, o nowy warjant znanych i powszechnie cenionych środków. Łatwo jednak zrozumieć, iż taki nowy warjant, taka nowa odmiana, bynajmniej jeszcze nie oznacza postępu, udoskonalenia, lecz bardzo często, naodwrót, jest wyrazem cofnięcia się, pogorszenia.

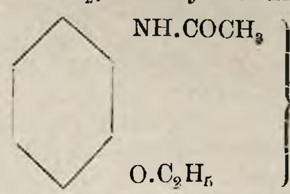
Bardzo wymowny w tym sensie następujący przykład. Jest cały szereg nowych syntetycznych środków, obniżających temperaturę i uśmierzających ból (*antipyretica et antineuralgica*), które składają osobną grupę *para-amino-phenolu*. Powstała ta grupa na gruncie tych danych farmakologicznych, że znane ze wspomnianych własności (antipiretycznych i antineuralgicznych), anilina t. j. aminobenzol i jego pochodne, w organizmie zwierzęcym zostają utlenione w p a r a - p o z y c j i. Co przedstawia się jednocześnie jako akt samoobrony, gdyż anilina, która jest jadem krwi i zmienia *OHb* na *MtHb*, przy utlenieniu znacznie traci na swej jadowitości.



Amino benzol (lub anilina) — Acetanilid (lub antifebryna) — p-amino-phenol

Ta grupa *p-amino-phenolu*, jak wykazuje doświadczenie, właśnie jest podłożem przeciwgorączkowego i uspokajającego ból działania. I takież same działanie ujawniają wszystkie pochodne *p-amino-phenolu*, o ile z nich to czynne jądro w organizmie zostaje zwolnionem. Dzięki jednakże temu, iż same jądro *p-amino-phenolu* w pewnym stopniu jadowite (na krew) własności aniliny zachowuje, więc ani to jądro jako takie, ani jego sole, ani nakoniec jego pochodne z których w organizmie zbyt łatwo i szybko to jądro zostaje odszczepione — dla celów leczniczych nie nadają się.

Bodaj czy nie pierwszą z syntez w tej grupie była *phenacetyna* fabryki B a y e r a. W niej dwa swobodne powinowactwa bocznych łańcuchów *p-amino-phenolu*, a mianowicie *OH* i NH_2, zostały zamknięte *etylem* i *acetylem*.



Phenacetinum

Takie to właśnie uwięzienie czynnego jądra stwarza, jak się pokazało, warunki dla nadzwyczaj czystego i bodajże najbezpieczniejszego ze wszystkich *antipyretica* efektu.

To jednak, inni fabrykanci tym sukcesem B a y e r 'a, naturalnie patentowanym, nie zechcieli się zadowolić. I jeden za drugim ujrzały świat inne warjanty pierwotnej syntezy. Łatwo zrozumieć jaka tu masa nowych kombinacyj jest możliwa. A więc, w grupie *OH* — zastąpienie wodoru nie *etylem*, lecz innym alkylem (lub nawet acylem). W grupie NH_2 — zastąpienie nie acetylem, lecz ostatkiem innego kwasu: amido-octowego (»*Phenocoll*«), propionowego (»*Triphenin*«), mlekowego (»*Lactophenin*«), cytrynowego (»*Citrophen*«), salicylowego (»*Malakin*«), metyl-glukolowego (»*Kryofin*«), i t. d. i t. d.

Pozatem były zbudowane nieco dalej odbiegające warjanty: przez zamieszczenie i drugiego wodoru grupy NH_2, przez wprowadzenie alkylu w resztę kwasu, przez zmianę wzajemnej pozycji *OH* i NH_2 etc, etc. Nie wszystkie z tych nowych kombinacyj zachowały przeciwgorączkowy efekt, nie wszystkie nadawały się wogóle do użycia, lecz w każdym bądź razie powstało w ślad za *phenacetyną* kilkanaście nowych konkurencyjnych środków, które reklamowano, a po części reklamuje się i do dziś dnia, a które jednak wszystkie ustępują właśnie »starej« *phenacetynie*, a niektóre z pośród nich mogą być nawet szkodliwe.

* * *

Z niezmiernej ilości ciał, które były próbowane, lub używane w celach leczniczych, stopniowo toczy się wybór tylko — istotnie wartościowych. Ten wybór opiera się na danych lekarskiej praktyki, na doświadczeniu nabytem u łóżka chorego.

Nie obchodziło się tu czasem bez omyłek i przypadkowych, i zwłaszcza powstałych pod wpływem mody lub teoretycznych poglądów. Kiedy, n. p., według jednej z najdaw-

niejszych teoryj, zewnętrzny wygląd roślin, ich podobieństwo do organów człowieka, określał ich lecznicze własności, łatwo zrozumieć, jak lekarz w swych obserwacjach był skrępowany suggestją takiej zależności. Łatwo też zrozumieć, jakie wydajne pole dla mylnych wniosków stwarza prosta obserwacja lekarska, empirizm lekarski, który to z konieczności musi stać na gruncie przesłanek: *post hoc ergo propter hoc* — uznając zjawiska kliniczne powstałe po zażyciu lekarstwa, jako wywołane przez nie.

Obecnie w daleko wyższym stopniu jesteśmy zagwarantowani od różnych błędów w ocenie skuteczności lekarstw. Naprzód dlatego, iż dzięki postępom medycyny, wogóle, i wysokiej technice klinicznych badań, w szczególności, koło możliwych myłek obserwacji znacznie się zwęziło, a wadliwe działanie pobocznych wpływów stało się łatwiej dostrzegalnem. Po drugie, od wszelkich myłek obecnie nas chroni nowa potężna korektywa, która nadała farmakologji charakter ścisłej nauki. Ta korektywa — eksperyment na zwierzętach.

Tylko dzięki eksperymentowi zjawiła się możność dokładniejszego zbadania lekarstw i jadów co do ich działania. Zjawiła się możność ścisłej analizy i lokalizacji tego działania. Analizy — t. j. rozłożenia ogólnego klinicznego obrazu, obrazu zmienionych funkcyj, na jego składowe części. Lokalizacji — t. j. ściślejszego umiejscowienia w organizmie tego działania. Bez eksperymentu ani jedno ani drugie nie mogłyby mieć miejsce.

O co tu chodzi, najlepiej wyjaśni przykład. Wybieramy możliwe najprostszy.

W południowej Ameryce tubylcy dla zatrucia strzał i spis używają osobnego jadu, »kurara«. Zwierzę, zranione taka zatrutą strzałą, szybko traci zdolność dowolnych ruchów. Chwieje się, nie jest wstanie już trzymać się na nogach, pada i ginie w stanie pełnej utraty dowolnych ruchów, pełnego paraliżu. Na mocy jednej prostej obserwacji zjawiska tego paraliżu co można powiedzieć o jego lokalizacji?

My wiemy z fizjologji, że ruchy dowolne powstają w komórkach kory mózgowej, w płatach czołowych, przeważnie w *gyrus praecentralis*. Stąd pobudki po osiowych wyrostkach tych komórek mkną przez *corona radiata*, śród wielkich gangljów mózgu przechodzą wąskim pasmem włókien w *capsula interna*, a dalej idą przez *crura cerebri, pons Varolii* i *medulla oblongata*. Część tych włókien kończy się w ruchomych jądrach nerwów mózgowych, reszta zaś (dla kończyn i tułowia) przechodzi przez rdzeń przedłużony w składzie piramid, dalej przez rdzeń w składzie pęczków piramidowych, bocznych i prostych, kończąc się u komórek przednich rogów. A z tych komórek przez ich osiowe wyrostki, w składzie przednich korzonków, a dalej — nerwów obwodowych, dowolne podniety dochodzą do prążkowanych mięśni.

Taki jest anatomiczny podkład mechanizmu dowolnych ruchów. W nim biorą udział conajmniej trzy różne ogniwa. Jeden (a może i dwa) centralny neuron, jeden obwodowy, i nakoniec sam motor mechaniczny, mięsień. Jeśli gdziekolwiek na przestrzeni tych ogniw, lub ich połączeń, droga dla przebiegu nerwowego impulsu będzie zatamowana, dowolne ruchy znikną. Nawet w uzbrojeniu współczesnej wiedzy fizjologicznej, z prostej obserwacji zjawisk paraliżu to tylko jedno jesteśmy w stanie wysnuć, iż gdzieś w omówionym mechanizmie nastąpiło przerwanie drogi: Lecz gdzie?

Eksperyment rozstrzyga to pytanie z niezrównaną łatwością. Jeśli u zwierza, zatrutego »kurarą« odseparować jaki obwodowy nerw i zacząć drażnić go zapomocą elektrod przerywanego prądu, przekonujemy się, iż mięsień całkiem na to podrażnienie, chociażby najsilniejsze, nie reaguje, nie kurczy się.

A więc, paraliż od »kurary« — obwodowy, przerwanie — na obwodzie. Czy też tylko na obwodzie, i gdzie mianowicie na obwodzie: w mięśniu, nerwach, lub ich połączeniu, to rozstrzyga gładko znany eksperyment Cl. B e r n a r d'a. Eksperyment ten, zresztą już znany z fizjologji (jako dotyczący bezpośredniej pobudliwości mięśni), będzie powtórzony na ćwiczeniach.

Analizując, lokalizując działanie lekarstw i jadów, eksperyment w ten sposób ujawnia nam dokładnie sam charakter, sam mechanizm tego działania. A więc, wskutek tego, staje się źródłem wskazówek co do możliwych nowych leczniczych zastosowań i co do racjonalności — już istniejących.

I w nasze dni, eksperyment laboratoryjny jest to właśnie najważniejsze źródło naukowych terapeutycznych wskazówek, z których korzysta z największem powodzeniem praktyczna medycyna. Te świetne sukcesy w dziedzinie zastosowania lekarstw, któremi może poszczycić się współczesna terapja, punktem swego oparcia miały laboratorja.

Z drugiej zaś strony, eksperyment na zwierzętach może służyć jako korektywa i dla kontroli celowości tych lub innych metod leczniczych, tych lub innych środków leczniczych. Trzeba tylko nie tracić z widoku, iż taka kontrola winna być przeprowadzoną z jak największą oględnością i ostrożnością. I jeśli czasem dane klinicznej obserwacji, z jednej strony, a eksperymentu na zwierzętach — z drugiej, nie mogą być uzgodnione, lub nawet znajdują się w sprzeczności, to jeszcze bynajmniej nie daje nam prawa do jednostronnego przesądzania z punktu widzenia i na korzyść eksperymentu, jako ściślejszego. Bezsprzecznie, ten ostatni o wiele jest dokładniejszy, więcej przekonywający, jako naukowe doświadczenie, ale też jednocześnie o wiele jest prostszy od klinicznej obserwacji, i obowiązujący tylko dla danych stosunkowo bardzo prostych warunków otoczenia. Natomiast, odtworzyć w eksperymencie wszystkie warunki klinicznej obserwacji, lub conajmniej — ich sedna, to zadanie bardzo często [illegible]nie do osiągnięcia. Otóż, jeśli łatwo może się zdarzyć, iż chodzi tu o niewspółmierne zjawiska, od ostatecznej decyzji musimy się wstrzymać, aż do nowego wszechstronnego wyświetlenia tej kwestji. Przecież nieraz się już zdarzało, iż sprzeczność danych kliniki i eksperymentu przy ponownem, bliższem zbadaniu okazywała się tylko mniemaną, i dane kliniki właśnie i w eksperymencie zostały stwierdzone.

Należy także wziąć pod uwagę, iż eksperyment przy całej jego niezmiernej doniosłości pod względem terapeutycznej oceny danego środka jest tylko czynnikiem pomocniczym. I zawsze ostatnie słowo o terapeutycznej wartości danego lekarstwa należy do kliniki.

To jednak trzeba z przyjemnością zaznaczyć, że ta rozbieżność kliniki i eksperymentu, która do niedawna w pewnych przypadkach dotkliwie dawała się odczuć, obecnie w naszych oczach powoli zupełnie znika, gdyż te obie gałęzie wiedzy medycznej szybko do siebie się zbliżają, prawie że całkiem się zlewają.

Stało się to, naprzód, skutkiem wysokiego postępu w technice badań klinicznych. Klinika obecnie zapożycza metodykę swych badań od używanych w laboratorjach. I na wielu zdarzeniach technika klinicznej obserwacji nad chorym człowiekiem dosięgła takiej doskonałości, iż stawia tę obserwację na poziom ścisłego, naukowego eksperymentu.

Z drugiej zaś strony i laboratorjum w swych eksperymentach zbliżyło się niezmiernie do kliniki. A to mianowicie od tego czasu, kiedy zaczęto badać wpływ lekarstw nietylko na zdrowych zwierzętach, lecz i na chorych z wywołanemi sztucznie u nich chorobami. W taki to sposób, farmakologja obok kliniki wkroczyła w dziedzinę bezpośrednich zagadnień leczenia, stając się e k s p e r y m e n t a l n ą t e r a p j ą.

Więc, z jednej strony laboratorjum ze swym eksperymentem, a z drugiej — klinika, obecnie zbliżone w metodyce swych badań, oboje kroczą ku jednemu celowi, rozwoju naszej nauki, farmakologji, jako chemjo-patologji i chemjoterapji.

A zarazem, ten prąd nowoczesny, prąd na spotkanie, jest najważniejszym etapem w rozwoju chemjo-terapji, już nietylko, jako sztuki leczenia, lecz jako nauki leczenia.

* * *

Świat wpływów chemicznych natury, jadowitych i leczniczych, od niepamiętnych czasów zwracał na siebie największą uwagę człowieka. Te wpływy chemiczne, nieskończenie rozmaite, bezgranicznie potężne, w wyobraźni laików dawały

w ręce wtajemniczonych władzę rozporządzanie się życiem i zdrowiem człowieka. Ta wiara w nadludzką moc leków i jadów, wiara niewzruszona, tkwiła w poszukiwaniach alchemików a w poezji ludowej odbiła się pod postacią podań — o »żywej i martwej wodzie«, o czarownych napojach, odmładzających i starzących.

Tak daleko, w dziedzinę bajki, farmakologja w swoim rozwoju może i nie będzie w stanie zajść. Lecz granic jej, jej przyszłych zdobyczy nawet ostrożny fachowiec nie odważyłby się teraz nakreślić. Zaprawdę. Jeśli całe życie człowieka we wszystkich jego przejawach, włączając przejawy chorób i starości, jest tylko odbiciem, wyrazem zewnętrznym tych chemicznych procesów, które się toczą w głębi, w odpowiednich tkankach i komórkach, więc niema nic naturalniejszego, jak spodziewać się, iż z biegiem czasu odnajdziemy potrzebne wpływy, chemiczne lub po części fizyczne, za pomocą których można będzie nadawać tym procesom komórkowego chemizmu pożądany charakter i usuwać, leczyć szkodliwe dla życia zboczenia.

To przecież tak jest istotnie, nie w bajce ale w rzeczywistem życiu. Prawda, w bardzo nielicznych wypadkach. Mamy jednak prawo oczekiwać tego jako prawidła w przyszłości. A mianowicie wtedy, kiedy poznamy bliżej naturę komórkowego chemizmu i odnajdziemy odpowiednie chemiczne też wpływy. Do tego celu jeszcze bardzo daleko. I obecnie, znamy tylko bardzo niewiele lekarstw, które by działały przeciw samej przyczynie, samej istocie chorób, a więc tak zwanych, s p e c y f i c z n y c h l e k a r s t w. Prawda, my spodziewamy się szybkiego ich pomnożenia, spodziewamy się z pełną ufnością, spoglądając na zdobycze terapeutyczne ostatnich dziesiątków lat. Ale tym czasem w praktyce lekarskiej musimy najczęściej korzystać z tak zwanych, ś r o d k ó w s y m p t o m a t y c z n y c h, t. j. leczyć chorego, wpływając, zmieniając symptomy, przejawy jego choroby.

Jest to utarty i nader szkodliwy błąd — patrzenia poniekąd z góry na symptomatyczne metody kuracji. W istocie zaś, tu się odkrywa bardzo szerokie i bardzo wydajne pole lekarskiej działalności. Bo chociaż w tym lub innym przypadku dla braku specyficznych środków szybkiego sukcesu racjonalnej terapji, nie oczekujemy, usunąć chorobę odrazu nie jesteśmy w stanie, to jednakże możemy skierować ją w łoże najkorzystniejsze, najbezpieczniejsze dla życia pacjenta. A więc w końcowym wyniku tu od naszej wiedzy lekarskiej będzie zależeć wygrana dla chorego, wygrana jego życia i zdrowia, czy też naodwrót — przegrana.

I trzeba wiedzieć, że właśnie pod względem środków symptomatycznych współczesny lekarz nadzwyczaj silnie jest uzbrojony. Trzeba jednak znać te środki i ich działanie, aby skutecznie walczyć tym chemicznym orężem. Tylko dokładna znajomość chemicznych wpływów natury, znajomość granic osiągalnych sukcesu, może dać lekarzowi niezbędną pewność siebie i w jego działalności. Ta pewność jest to właśnie pewność świadomości, bez płonnych nadziei i bezpłodnej niewiary, pewność twardego racjonalnego gruntu pod nogami.

Tylko taka wiedza dokładna zdolna jest uchronić lekarza od tych grzechów, które nań czatują od pierwszych kroków jego praktycznej czynności. A mianowicie, o d n i h i l i z m u i od f e l c z e r y z m u. Kiedy to lekarz zapisuje choremu lekarstwa, mało w nie wierząc. Albo, naodwrót, łączy w jednej recepcie dziesiątki rozmaitych środków w dziecinnej nadziei jaknajlepszy wpływ leczniczy osiągnąć.

Oba te krańcowe typy, oba zrodzone przez bezwiedzę lekarską. z jednego też źródła natchnienie dla swoich recept czerpią — z gotowych formułek. Te formułki jest to właśnie bardzo pożądany dla profanów surogat istotnej wiedzy. Surogat tani, ale nader lichy, gdyż ująć w ramki martwego schematu skomplikowane zjawiska życia i choroby nie można. I bynajmniej nie dość przepisać cudzą receptę, trzeba ją trafnie zastosować. W tem właśnie tkwi sedno sprawy. Nie z chorobą lecz z chorym ma do czynienia lekarz. Trzeba pilnie śledzić i rozumieć mieniące się chorobliwe zjawiska i władać w pełni całym arsenałem chemicznych wpływów, aby skutecznie dopomagać naturze w zwalczaniu choroby. Właśnie, zdolność zrozumienia stanu chorego i wykorzystania wszystkich odpowiednich chwil i odpowiednich środków — właśnie to stanowi całe zadanie lekarza.

Ku wykonaniu tego trudnego i szczytnego zadania prowadzi długa droga uniwersyteckich studjów i późniejszej pracy samodzielnego doskonalenia się. Lecz na całej tej drodze kształcenia się i rozwoju lekarza jasnem światłem płoną ognie właśnie tych nauk, które dotyczą samej mechaniki życia.

Organizm człowieka porównują do skomplikowanej maszyny, Otóż, tak jak mechanik powinien rozumieć użycie każdej składowej części swojej maszyny, tak samo i lekarz powinien dobrze znać funkcje każdego organu, aby przy nieprawidłowym pędzie tej żywej maszyny wskazać, w jakim ogniwie utknął ruch i dla jakiej przyczyny. A więc przedewszystkiem lekarz powinien studjować naukę o funkcjach, tj. fizjologję zdrowego i chorego organizmu. A jeśli nie życzy sobie być tylko biernym widzem, lecz pragnie leczyć, t. j. wpływać na czynność organów musi jeszcze dobrze być obeznany z patologją i terapją chemicznych wpływów natury, t. j. z farmakologją.

Z praktyki.

Dr. Karol ROŻKOWSKI. Częstochowa.

Dwa przypadki chromania przestankowego.

Od czasu klasycznych prac C h a r c o t'a o chromaniu przestankowem dokonał się ważny zwrot w poglądach na istotę i leczenie tej względnie częstej w kraju naszym choroby. Jeżeli dawniej za jedyny czynnik etjologiczny uważano stwardnienie tętnic, wiodące do zamknięcia ich światła (*endarteritis obliterans*) i zgorzeli kończyn, to dzisiaj coraz częściej spotykamy się ze zdaniem, że w powstawaniu tego cierpienia nie mniej ważną rolę grają czynniki konstytucyjne i nerwowe.

W ostatniej pracy H i g i e r podkreśla wybitne znaczenie »angiopatji wrodzonej i wrodzonego usposobienia neuropatycznego«*). Podług tego autora, żywa gra naczynioruchowa, właściwa ludziom nerwowym, przy wrodzonym niedorozwoju układu naczyniowego i względnie nieznacznem zwyrodnieniu ścian tętnic może wywołać zwężenie ich i zamknięcie światła. W ten sposób chromanie przestankowe może być wynikiem współdziałania kilku czynników i od przewagi każdego z nich oraz od ich wzajemnego stosunku zależy prawdopodobnie dosyć różnolity charakter i przebieg cierpienia. W tem oświetleniu stają się zrozumiałe przypadki nietypowe, spostrzegane nieraz w wieku młodym, oraz długotrwałe poprawy, nawet mimo przebytej zgorzeli.

Sprawa chromania przestankowego była wielokrotnie omawiana w naszem piśmiennictwie. Gruntowne opracowanie symptomatologji i patogenezy zawdzięczamy głównie G o l d f l a m o w i i H i g i e r o w i. Jeżeli więc, mimo wyczerpujących prac tych autorów, ośmielam się zabrać głos w tej kwestji i dorzucić skromny opis dwóch własnych spostrzeżeń, czynię to dlatego, że sprawę tą, zwłaszcza na naszym gruncie, uważam wciąż za aktualną i praktycznie ważną, a powtóre, że przypadki moje zasługują choćby na krótką wzmiankę pod względem objawowym, a nawet patogenetycznym.

Przypadek I. Z. J., lat 41, chrześcijanin, cierpi od lat 4-ech na chromanie przestankowe z powodu bólu, występującego w o b u s t o p a c h po dłuższem chodzeniu. Wysoki, barczysty doskonale zbudowany, średnio odżywiony. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Brat chorego lekarz wyłącza dziedziczność konstytucyjną i neuropatyczną. W dzieciństwie J. cieszył się opinją wyjątkowo zdrowego. Chorób zakaźnych nie przechodził, napojów wyskokowych nie używał. Od lat 25 pali namiętnie, średnio 50 papierosów dziennie. Z zawodu inżynier-przedsiębiorca pędzi życie czynne i nieraz zmuszony jest odbywać dalekie podróże. Podczas wojny światowej był dłuższy czas w okopach, a następnie cztery lata w niewoli niemieckiej. Początkowo czuł się zupełnie dobrze, atoli w trzecim roku niewoli zaczął

*) H. H i g i e r: Z kliniki i patogenezy miejscowej *endarteritis obliterans* i nietypowych postaci chromania przestankowego. Neurologja polska T. VI. poświęcony Drowi S. Goldflamowi. 1922. Str. 92.

doznawać przykrego bólu w obu stopach podczas gry w tenisa, co zmusiło go do zaniechania tej rozrywki. Wkrótce potem uczucie bólu zaczęło zjawiać się przy chodzeniu, a ostatnio spotęgowało się o tyle, że chory powstrzymuje się całkowicie od ruchu pieszego. Uczucia swoje opisuje w sposób następujący: mniej więcej po 10-ciu minutach chodzenia zjawia się kurczowy ból pod podeszwami w środkowej części obu stóp. Wkrótce ból szerzy się ku piętom, obejmuje całe podeszwy z wyjątkiem palców, w których występuje najpóźniej i najsłabiej. Wreszcie wzmaga się do tego stopnia, że chory nie może postąpić ani kroku dalej i musi przystanąć. Wówczas ból słabnie i po kilku minutach znika. Następuje to jeszcze szybciej w położeniu siedzącem. Ponowna próba ruchu wywołuje te same objawy. W spokoju chory nie doznawał i nie doznaje żadnych dolegliwości. Badanie przedmiotowe nie wykrywa żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Wymiary serca i tony prawidłowe. Tętno 68, ciśnienie krwi $\frac{18}{8}$ (Pachon). Wątroba niemacalna. Białka i cukru niema. W układzie nerwowym nic szczególnego. Odczyn Wassermana ujemny. Stopy prawidłowe, nie płaskie, ciepłe, różowo zabarwione. Ciśnienie krwi na prawej goleni tuż ponad kostką — $\frac{12}{7}$ na lewej — tem samem miejscu — $\frac{17}{7}$. Na stopie prawej art. dorsalis pedis tętni znacznie słabiej niż na lewej, art. tibialis postica ledwie się wyczuwa.

W celach leczniczych zaleciłem cytrynjan sodu (1.0 pro die) oraz jod z papaveryną, prócz tego zabroniłem bezwzględnie palenia tytoniu. Po upływie kilku miesięcy stwierdziłem pewną poprawę. Ból w stopach występuje nieco później, po dłuższem chodzeniu, jest naogół słabszy, wskutek czego chory cieszy się większą swobodą ruchu. W zachowaniu się tętna na obu stopach wyraźnej zmiany nie zauważyłem. Z powodu wyjazdu chorego od dłuższego czasu nie mam o nim żadnej wiadomości.

Rozpoznanie w tym przypadku nie ulega chyba żadnej wątpliwości. Gwałtowny ból, który występuje w kończynach dolnych po kilku minutach chodzenia i znika w spokoju, jest objawem wielce charakterystycznym i rozstrzygającym. Ponadto w obrazie cierpienia zwracają uwagę dwa ważne szczegóły: 1) wyłączne umiejscowienie bólu w stopach i jego zupełna symetrja oraz 2) jednakowy charakter i natężenie bólu mimo pewnych różnic w ciśnieniu krwi i tętnic na obu kończynach. To też chociaż chromanie przestankowe obustronne nie należy w piśmiennictwie do wyjątków, jednakże ze względu na charakter i umiejscowienie bólu przypadek ten zaliczyć musimy do bardzo rzadkich w praktyce lekarskiej. Najczęściej bowiem bolesny kurcz ogranicza się do mięśni goleni, a powtóre występuje przeważnie z jednej strony, mimo że w poszczególnych przypadkach zmiany naczyniowe mogą być prawie jednakowe na obu kończynach.

Cały zespół objawów zdaje się przemawia za tem, że chromanie przestankowe w naszym przypadku znajduje się w ścisłym związku ze zwężeniem tętnic, zaznaczonem wybitniej na prawej goleni i stopie. Atoli wobec braku zakażenia kiłowego, jako też objawów ogólnej miażdżycy tętnic, rzecz wątpliwa, żeby cierpienie to miało być bezpośredniem i wyłącznem następstwem pierwotnych zmian anatomicznych w odpowiednim odcinku tętniczym. Trudno przypuścić, żeby pod wpływem zatrucia nikotyną mogła się wytworzyć symetryczna i ściśle ograniczona miażdżyca naczyń bez współudziału innych czynników miejscowych, a nawet ogólnych. Powtóre, już jednakowy charakter bólu w obu stopach, mimo pewnych różnic w zachowaniu się naczyń, nakazuje powściągliwość w traktowaniu sprawy ze stanowiska wyłącznie anatomicznego. Prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że punktem wyjścia całej sprawy było zaburzenie czynnościowe, a mianowicie n a d m i e r n y s k u r c z n a c z y ń (angiospasmus), ściśle związany z nieuchwytnemi i nieznanemi nam bliżej czynnikami miejscowemi, jak np. z wrodzoną wątłością i wrażliwością naczyń, lub, być może, ze szczególną pobudliwością układu naczynioruchowego i splotów okołotętniczych. Przy takiem usposabiającem podłożu różne wpływy szkodliwe mogą wywoływać długotrwały nadmierny skurcz naczyń, który ze swej strony wcześniej lub później wiedzie do zmian anatomicznych w ich ścianach. Jeżeli wolno posługiwać się analogją, to przypadek nasz, przynajmniej pod względem patogenetycznym, mógłby w pewnym stopniu przypominać nerwicę naczynioruchową, znaną pod nazwą zgorzeli symetrycznej Raynaud.

Przypadek II. P. N., lat 49, przemysłowiec, chrześcijanin. Cierpi na chromanie przestankowe lewej nogi od lat 3. Pochodzi z rodziny neuropatycznej. Ojciec w ciągu kilku lat cierpiał na omdlenia natury naczynioruchowej, umarł w 65 r. życia w napadzie dusznicy bolesnej. Matka żyła 72 lata, w ostatnich 10-ciu latach miewała okresowo silne bóle i zawroty głowy z wymiotami i zwolnieniem tętna do 30. Jeden z braci ma ciężką neurastenję, siostra zaś migrenę. N. ożenił się przed 20 laty, ma dwoje dzieci, syn bardzo nerwowy, z wybitnemi objawami sympatykotonji. W dzieciństwie N. był zupełnie zdrowy; oprócz odry, zapalenia przyusznicy i kilkakrotnie powtarzającej się grypy nie przechodził innych chorób zakaźnych. Od wielu lat — przewlekły nieżyt jelit na tle niedomogi wydzielniczej żołądka (achylia). Palił namiętnie już jako słuchacz uniwersytetu, a od czasu zdobycia stanowiska niezależnego systematycznie pije wódkę przed obiadem i wieczerzą. Nadużycia płciowe i choroby weneryczne wyłącza bezwzględnie. Podczas wojny światowej zmuszony był wyjechać do Rosji, gdzie spędził z górą lat 5. Na Kaukazie chorował na zimnicę która trwała rok cały. Pod wpływem tych wypadków system nerwowy uległ wielkiemu wstrząśnieniu, a nałóg palenia i picia spotęgował się znacznie. Chory wypalał przeciętnie 3 cygara i 50 papierosów dziennie. Po powrocie z Rosji zabrał się energicznie do pracy, skarżył się tylko na częste bóle głowy i bezsenność. Pierwsze objawy chromania przestankowego wystąpiły przed 3 laty, w postaci ociężałości lewej goleni przy chodzeniu. Stopniowo uczucie to wzmogło się znacznie i wkrótce już po przejściu 400—500 kroków występował niezwykle bolesny kurcz mięśni lewej łydki tuż pod samem kolanem, któremu towarzyszyło uczucie pieczenia w całej goleni aż do stopy. Po zaprzestaniu ruchu ból powoli znikał, pozostawała jednak przez kilka minut bolesność łydki przy ucisku zzewnątrz. Z powodu tego cierpienia chory przez rok nie mógł załatwiać swych czynności zawodowych pieszo.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie nieszczególne, bladawy. Serce lekko powiększone w wymiarze poprzecznym, drugi ton nad tętnicą główną wyraźnie wzmożony. Tętno 60—70 ciśnienie krwi $\frac{18}{9.5}$. Wątroba macalna, miękka. Śledziona nie wyczuwa się wcale. Mocz nie zawiera białka i cukru. Odruchy kolanowe wzmożone, miejscami przeczulica skóry. Odczyn Wassermana ujemny. Tętno art. dorsalis pedis i tibialis postica prawidłowe, łatwo wyczuwalne. Stopa różowa, ciepława. Dwa razy widziałem stopę bezpośrednio po ustaniu bólu: była chłodniejszą, z odcieniem sinawym. Po upływie 2 lat w przebiegu choroby nastąpiła niespodzianie wybitna poprawa. Nie wpłynęło na to leczenie, ponieważ chory, lekkomyślny z natury, nie zastosował się wcale do moich wskazówek, palił i pił po dawnemu i wogóle nie brał żadnych lekarstw. W lecie tego roku podczas pobytu w miejscowości górzystej mógł odbywać bezkarnie dłuższe, kilka godzin trwające wycieczki, a nawet wdrapywać się na szczyty po stromych niewygodnych ścieżkach. Poprawa trwa do dnia dzisiejszego, i tylko ruch nieprzerwany i bardzo szybki wywołuje w chorej nodze przykre uczucie znużenia.

Przypadek ten, dosyć typowy pod względem objawowym, nasuwa jednak ciekawe rozważania pod względem patogenetycznym i leczniczym. Mamy przed sobą osobnika nerwowego z dziedziczną skłonnością do zaburzeń naczynioruchowych, nałogowego palacza, częściowo alkoholika, który zapada na chromanie przestakowe przy nieznacznem stwardnieniu tętnic, przy zupełnym braku objawów podmiotowych ze strony serca i prawidłowem świetle naczyń na dolnych kończynach. I w tym przypadku na pierwszym planie postawić musimy n a d m i e r n ą p o b u d l i w o ś ć u k ł a d u n a c z y n i o r u c h o w e g o, częściowo wrodzoną, częściowo nabytą wskutek palenia i picia, a może nawet długotrwałej zimnicy. Należy dodać, że osobnik ten jeszcze podczas pobytu w Rosji, a więc na kilka lat przed wystąpieniem chromania, doświadczał przykrych senzacyj pod podeszwami, pewnego drętwienia rąk i nóg, wreszcie podczas snu dosyć częstych i bolesnych skurczów mięśni obu goleni. Objawy te, szczególnie dotkliwe w końcowym okresie zimnicy, w ostatnich latach ustąpiły zupełnie. W każdym bądź razie mogą one przemawiać za lekkiem i przemijającem schorzeniem nerwów obwodowych i być może — splotów okołotętniczych.

Okresy poprawy w przebiegu chromania przestankowego, jak ogólnie wiadomo, zdarzają się dość często. W y b i t n a p o p r a w a w naszym przypadku zasługuje na uwagę z tego względu, że n a s t ą p i ł a s a m a p r z e z s i ę b e z ż a d n e g o l e c z e n i a, a n a w e t p o m i m o n i e u s t a j ą c e g o w p ł y w u c z y n n i k ó w t r u j ą c y c h. Z tego powodu spostrzeżenie to uważam za bardzo pouczające. Z jednej strony świadczy ono o olbrzymiej przystosowalności ustroju, z drugiej, — dowodzi namacalnie, jak bardzo trzeba być ostrożnym w ocenianiu wartości stosowanych w tej chorobie środków i zabiegów leczniczych. Osobiście poprawę

stanu chorego skłonny jestem przypisywać w pewnym stopniu ogólnemu uspokojeniu układu nerwowego. Systematyczniejszy tryb życia, zmniejszenie pracy, dłuższy i lepszy sen musiały wpłynąć kojąco na cały układ nerwowy i wskutek tego zmniejszyć wzmożoną uprzednio pobudliwość splotów okołotętniczych.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. S. STERLING. Łódź.

Stan obecny lecznictwa swoistego gruźlicy.

(Z cyklu wykładów o gruźlicy.)

Leczenie suchot płucnych stawia nas przed szeregiem zagadnień, które — śmiało to powiedzieć możemy — z powodzeniem przezwyciężamy. Głównie przez wzmacnianie oporności (nieswoistej) ustroju, co — pośrednio — wpływa na wzmaganie się odporności (swoistej); w stopniu znacznym pokonać suchoty pomagają nam i środki objawowe.

Zupełnie inaczej wypada odpowiedź na pytanie, czy mamy możność leczenia gruźlicy, t. j. czy znamy sposoby bezpośredniego wpływania na istotę zmian właściwych gruźlicy.

By na to pytanie dać odpowiedź, trzeba przedewszystkiem zdać sobie dokładnie sprawę z tego, co właściwie chcemy leczyć, przystępując do tego zadania.

Jakkolwiek paradoksalnie może brzmieć takie postawienie kwestji — jest ono konsekwentnem; dopiero rozejrzenie się w odpowiedzi na pytanie: jakie zadania kryje w sobie usiłowanie leczenia bezpośredniego zaburzeń wywoływanych przez laseczniki Kocha — prowadzi na ścisłą odpowiedź w zakresie możliwości wpływania na przebieg gruźlicy.

W celu najtreściwszego zobrazowania tych zadań użyję załączonej tablicy schematycznej, dającej najogólniejsze pojęcie o tem, co się dzieje w ustroju ludzkim dotkniętym gruźlicą. Względy natury technicznej nakazały użycia mianownictwa łacińskiego, jako krótszego niż odpowiednie polskie, a przytem jednolitego, gdy tablica polska musiałaby być makaronicznie upstrzona wyrazami obcemi, nie dającemi się spolszczyć. (P. tablica).

Czynnikiem głównym, warunkiem nie dającym się zastąpić, jest w etjologji gruźlicy lasecznik Kocha. Najprostszą więc drogą do zwalczenia gruźlicy (jakkolwiek w dalszych okresach już nie zawsze wystarczającą, np. po ustaleniu się zmian miąższowych) jest zabicie lasecznika, zabicie go *in situ*, w tkankach i sokach ustroju gruźliczego. Do tego celu dążono różnemi drogami, i wielu było powołanych, którym się zdawało, że cel osiągnęli. Nie szukając w historji, wskażę na środek dotąd — w różnych odmianach (a ta rozmaitość zawsze jest podejrzana!) używany: kreozot. Wprowadzono go ongi do medycyny jako środek swoisty przeciw suchotom w epocę przedbakterjologicznej; po odkryciu Kocha renesans kreozotu oparto na doświadczeniach stwierdzających zdolności bakterjobójcze kreozotu; a jakkolwiek dziś nikt chyba w to nie wierzy, by kreozot mógł w czemkolwiek zaszkodzić zdrowiu lasecznika gruźliczego — *per se* lub w jednej z licznych odmian, z winem czy białkiem, jest dotąd stosowany. Trudno go jednak zaliczyć do środków skierowanych przeciw lasecznikom Kocha.

Środkiem również starym jest jod; »*in statu nascendi*« ma być niebezpieczny dla lasecznika gruźlicy. Widocznie, że zawsze zapóźno stykają się z sobą.

Z wielką wiarą szereg badaczy wystąpił z zaleceniami pewnych związków metalicznych (związki miedzi, złota, metale rzadko spotykane), upatrując w nich leki bakterjobójcze. Przykry widok przedstawia cofanie tych pewników, które trwały zaledwie przez lat parę, i szukanie nowych dróg tłómaczenia rzekomego wpływu pośredniego przetworów miedzi, złota na lasecznika gruźlicy a nawet już na tkanki gruźlicze (kataliza). W tej ogromnej pracy, jaką tym związkom chemicznym (bardzo przy tem kosztownym!) poświęcono, dwie cechy rażą. Po pierwsze, stały błąd jakoby uleczenie zwierzęcia zakażonego sztucznie lasecznikami Kocha wolno było *per analogiam* przenosić na człowieka chorego na gruźlicę. W doświadczeniu zaraża się zwierzę zdrowe (lub raz już zarażone) taką ilością laseczników, która wystarcza do bezpośredniego wywołania gruźlicy. Schorzenie tak wywołane można, co najwyżej, porównać do gruźlicy oseskόw, więc do do tej właśnie postaci gruźlicy ludzkiej, której nawet prób leczenia wyrzekli się dawno zwolennicy lecznictwa swoistego. *Genus humanum* odziedziczyło po wielu pokoleniach przodków, które przez tyle dziesiątków wieków żyły w symbiozie z lasecznikiem gruźlicy, pewien typ odczynu na laseczniki gruźlicy, typ — którym zwierzęta doświadczalne nie rozporządzają. A dalej, człowiek zachorowuje na gruźlicę nie bezpośrednio po zarażeniu, tylko po pewnym czasie, zapada pod wpływem zmian ogólnych zachodzących w okresie wylęgania, trwającym nieraz lata i to długie; moment *infectionis* jest najczęściej bardzo odległy od momentu *affectionis*, a jednak przez ten cały czas zarazek pozostaje z ustrojem w zetknięciu biologicznem. Wyniki badań, dowodzące, że zwierzęta sztuczną gruźlicą dotknięte bywały uleczone dajmy na to krysolganem, nie przekonywują zupełnie o tem, żeby ludzie tym samym środkiem leczeni odnieśli ztąd jakąśkolwiek korzyść, co zresztą, potwierdziło doświadczenie kliniczne. Przecież chirurg nie będzie polecał jako pewnej metody leczenia wszystkich ran dla tego, że zrobiwszy nożem ranę ciętą wygoił ją gładko po zaszyciu; to nie przekonywa jeszcze, by rana jakaś szarpana tą samą metodą leczona dać miała to samo zejście.

Bo, powtóre, większość piszących o tej metodzie raczej się na wyniki doświadczeń u zwierząt, aniżeli na wyniki lecznicze u ludzi powołuje. Zadziwia wprost swą jałowością namiętna dyskusja na temat, jak działa krysolgan, wówczas kiedy mało kto widział, by swoiście działał.

Całe zagadnienie szukania środka zabijającego *in situ* laseczniki Kocha ma następującą stronę teoretyczną: ustrój ludzki pozbywa się laseczników wyprowadzając je nazewnątrz *per vias naturales*, bądź wcale im nie uległszy (nosiciele zarazków); bądź już uległszy — wraz ze zmienionemi tkankami (fenomen Kocha; wydalanie zniszczonych tkanek — powstawanie jam). Jak wiemy, nawet wygojenie się ogniska gruźliczego nie jest wcale jednoznaczne z zabiciem w niem laseczników; wegetują one w ogniskach skredowaciałych, zwapniałych; jądro tych może zawierać laseczniki. Organizm broni się odgraniczając, zarazki od tkanek zdrowych, broni się usiłując je wyrzucić (sekwestracja) wraz z tkankami zniszczonemi; broni się przeciw wpływom humoralnym wytworów ciała lasecznika środkami humoralnymi; ale mało jest dowodów na to, by ustrój bezpośrednio zabijał w ognisku choroby laseczniki, jeśli nie liczyć ich wygładzania przez zmianę podłoża — na wyjałowione ze środków pokarmowych potrzebnych lasecznikowi gruźlicy. Niewątpliwie, jednym ze środków walki jest rozkładanie ciał lasecznika na części, z jakich powstał, ale nie jest to niszczenie, jakiem posługujemy się działając środkami wyjaławiającymi; jest to wyłuskiwanie z ciała lasecznika istot chemicznych uodparniających.

Faktem realnym jest, że dotąd nie znamy środka zabijającego laseczniki Kocha w tkankach i sokach ustroju, ale nawet nie natrafiliśmy na drogi, któreby pozwoliły oczekiwać w blizkim czasie dojścia do tego celu.

Wraz z niemożliwością dosięgnięcia lasecznika — nie możemy wpłynąć na to, by nie wywarł swego wpływu jako ciało obce.

Możemy natomiast wpłynąć na to, by działanie jego jako wywoływacza było jaknajmniejsze. Ten wpływ wywiera szybkie rozpuszczenie lasecznika, zależne od dostatecznej ilości ergin (obejmuję tem mianem wszystkie, prócz antytoksyn, ciała obronne płynne).

W tuberkulinach mamy, zdaje się, ciała, które w ustroju uczulonym wzmagają wytwarzanie domniemanych bakterjolizyn swoistych; szybkie, a doszczętne (aż do okresu, w jaki przechodzą inne ciała białkowe w tkankach i sokach) rozłożenie lasecznika czyni jego obecność obojętną; powolne, niedoskonałe — przepełnia soki pośredniemi wytworami ciał lasecznikowych.

Czy jednak nie jest to broń obosieczna — stosowanie

I. Agens aethiolog.	II. Actio	III. Reactio defensiva		IV. Stadia evolutionis. Viae propagationis viri.	V. Reactio reparativa	VI. Complicationes mechanicae
Bacillus tuberculosis Koch.	1) quasi corporis alieni; 2) quasi parenterale introducti albuminis (hydro-carbonis ?; adipis ?) alieni = Antigenum	1) **solidaris:** a) inflammatoria b) productiva c) exsudativa (Telae affectae agunt quasi Anti ena.) (Sequestratio. Cavernisatio).	2) **humoralis** Anticorpora specifica (ergina, lysina etc.)	**Allergia I.** (*allergiae evolutio*). **Affectio primaria**: reactio exsudativa. **Complexus primarius**: reactio exsudativa + caseificatio + reactio productiva + adenitis et periadenitis + inflammatio collateratis. Localisatio circumscripta. Propagatio lymphogenes. **Allergia II.** (*allergiae acme*). **Tuberculosis generalisata. Stadium anaphylacticum.** Localisationes multipticae, praecipue productivae. Inflammatio collateratis fortis, ad exsudationem petens. Propagatio haematogenes et lymphogenes. **Allergia III.** (*allergia relativa*). **Tuberculosis isolata. Phtisis pulmonum communis.** Propagatio per contincuiatem et propagatio intracanalicularis: per tractum respiratorium, intestinorum, uropoëticum, per cava pleurae, peritonei.	Resolutio. Cicatrisatio specifica hyalino fibrosa. Cicatrisatio aspecifica, carnificato. Calcificatio. Osseificatio. Obsoletio.	Atelectasis. Contractio telae conjunctivaé. Compressio per cicatrices. Volumen pulmonum auctum collateratis, subsequente emphysemate pulmonum vicario. Volumen pulmonum auctum universale subsequente emphysemate. Adhaesiones.
	3) quasi toxica (exo — et endotoxina).	(Degeneratio parenhymatosa. Necroses).	Antitoxina	Per vasa et intracaniculare.		
Bacteria infectionis secundariae	Eadem	Inflammatio Exsudatio	Eadem			

tuberkuliny jako antigenu w celu zniszczenia lasecznika, czy umiemy się obchodzić z tym lekiem swoistym, mowa będzie dalej.

Na to, by nie zadziałały toksyny laseczników gruźlicy, nic przedsięwziąć nie umiemy. Przypominam, że w ustroju chorym na gruźlicę nie stwierdzono dotąd toksyn, któreby były podobne do tuberkuliny.

Czy jednak powinniśmy wogóle usiłować tą drogą swoistą przeszkodzić powstawaniu odczynu, zarówno ze strony wywoływacza białkowego, jak i ze strony toksyn, to zależy od ilości laseczników, jakie w danej chwili wtargnęły do ustroju. Te odczyny, jakie są wywoływane, są to odczyny obronne, obronne teraz i na przyszłość. Wiemy przecież, że człowiek przez gruźlicę staje się odpornym na gruźlicę.

W tej dziedzinie decyduje ilość; niestety, nie wiemy nigdy, z jaką ilością laseczników w danej chwili, w chwili początku choroby, mamy do czynienia; a kiedy objawy nam zdradzą, że ilość ta jest wielka, że tu nie mamy do czynienia z tworzącą się odpornością, ale z napastliwością masową — wtedy bywa za późno.

Jeśli więc nie zdołaliśmy przeszkodzić zadziałaniu ani lasecznika, ani jego toksyn, stajemy przed nowem zagadnieniem lecznictwa: przeszkodzenia tym odczynom, tym zmianom tkankowym i sokowym, jakie wywołuje zetknięcie się biologiczne lasecznika Kocha z komórkami ustroju.

Odczyny te nazywają obronnemi. Charakter obronny tych odczynów jest — z punktu widzenia biologicznego — niewątpliwy. Takim być przestaje dopiero w zależności od ilości zmian. Sprawa ilości, jest równie ważną, jak sprawa jakości. Drobny skok choroby zależy prawie zawsze od powstania niewielkiego ogniska wysiękowego, pneumonicznego. Z punktu widzenia nozologji, kliniki, nie mówimy wtedy — jakkolwiek świadomi charakteru jakościowego zmian histologicznych — o pneumonji gruźliczej; dopiero zajęcie tą samą histologicznie sprawą dużej okolicy płuca daje jej charakter kliniczny pneumonji. Pojedyncze gruzełki, choćby te nieliczne, które wyskakują wkoło takiego małego ogniska wysiękowego niczem się histologicznie nie różnią od tych, jakie powodują obraz kliniczny gruźlicy prosówkowej. Ilość ich, rozmiary zajętych okolic — oto co decyduje o szkodliwości tych zmian dla całego ustroju. W istocie swej, w metodzie powstania, są to zawsze zmiany obronne. Wysiłek ustroju po nad miarę, i jednostronnie kierowany — czyni z usiłowań obrony — katastrofę, różnego stopnia.

Przypomnijmy sobie szczegóły histologiczne tej obrony, jak je nauka naturze podpatrzyła.

Podług Aschoffa, który godzi poglądy szkoły niemieckiej i francuskiej, powstawanie tkanki gruzełkowej[1]) i zmian gruźliczych wysiękowych — tak się przedstawia.

Osiedlenie się lasecznika gruźlicy w tkance wywołuje — po krótkim okresie imigracji leukocytów — powstanie wkoło pasożyta palisady z komórek nabłonkowatych; źródłem powstania tej palisady są komórki różne — zależnie od tkanki; wszystkim tym komórkom jest jednak wspólna cecha ich czynnościowa, wszystkie mają własności makrofagów Miecznikowa. Mogą to być: komórki tkanki siateczkowo-śródbłonkowej; mogą być komórki śródbłonka naczyń; komórki ruchome tkanki łącznej — histjocyty i komórki stałe tkanki łącznej — fibrocyty. W dalszym rozwoju gruzełka imigrują do tej nowopowstałej tkanki limfocyty, a z chwilą rozpoczęcia się zserowacenia — powtórnie — leukocyty. Panuje jednak nad całym obrazem zmian sprawa wytwórcza, powstawanie nowych komórek: odczyn obronny dążący do unieruchomienia, zamurowania pasożytów.

Odczyn obronny wysiękowy dąży do wymycia, wypłókania pasożyta z tkanek; ucieka się doń ustrój, broniąc się przed wielkiemi ilościami laseczników i to mocno zjadliwych. Wtedy występuje obfita wypocina, ścinająca się, zawierająca komórki pochodzące ze złuszczonego śródbłonka pęcherzyków płucnych, ale i z imigrujących śródbłonków naczyniowych i z fibrocytów; śródbłonki pęcherzyków mają też własności makrofagów.

Trzeci typ odczynu obronnego stanowi zapalenie proste, które, jak np. istota zapalenia obwodowego wkoło czynnego ogniska gruźliczego typowego i wypocina do pęcherzyków, mało zawiera komórek.

Rzecz wiadoma, że te trzy postaci odczynu obronnego występują najczęściej współcześnie; że *restitutio ad integrum* nastąpić może najłatwiej po odczynie czysto zapalnym; że zarówno tkanki gruczołowe, jak i zmiany wysiękowe uledz mogą zmianom w dwu kierunkach: zserowaceniu i rozpadowi lub zabliźnieniu. O tem ostatniem będzie dalej mowa.

Jako odczyn obronny należy też uważać sekwestrację tkanek zserowaciałych; ustrój stara się pozbyć laseczników, wypychając je wraz z zawierającą je tkanką. Tak powstają jamy. (I tu decyduje ilość: małe jamki się zabliźniają, wielkie — są niebezpieczeństwem).

Czy skutki zadziałania na tkanki toksyn gruźliczych mają jakikolwiek charakter obronny — nie wiemy.

Otóż, postawmy sobie teraz zapytanie: czy, lecząc środkami swoistemi gruźlicę a niemogąc, jak wiemy, dosięgnąć środkiem bakterjobójczym samego lasecznika (ukrytego w tkance gruzełkowej, do której krew nie dociera), mamy jakiekolwiek widoki wpłynięcia na ten szereg zmian histologicznych, jakie dopiero co zostały opisane?

Pamiętajmy, że w ustroju chorego wszystkie te sprawy odbywają się współcześnie; gdy w jednem miejscu powstaje nowy gruzełek lub niewielkie ognisko wysiękowe, a współcześnie w koło powstającego ogniska i gruzełkowego i pneumonicznego wytwarza się pas zapalenia obwodowego — w innem miejscu stare ognisko gruźlicze może twardnieć, a w innem — mięknąć.

Otóż, czy możemy tu leczniczo dokonać czegoś i — do czego mamy wogóle dążyć.

W zasadzie jest tu wiele okolic, w których zachodzą niepowikłane jeszcze, »czyste« odczyny obronne, pożądane. A że są to odczyny skuteczne — dowodem ta większość ludzi, którzy, umierając z różnych powodów, wykazuje w swem ciele doskonale zagojone ogniska gruźlicze — cmentarze laseczników Kocha.

Gdy zaś nie charakter zmian, tylko ich ilość decyduje o szkodzie dla zdrowia i życia, gdy nasza interwencja w przypadku nielicznych ognisk przeszkodzi ustrojowi w jego walce trudno nawet teoretycznie odpowiedzieć w pojedynczym przypadku: czy tu się wtrącić czy raczej zaniechać interwencji.

Tak jest teoretycznie. W praktyce lecznictwa bardzo jesteśmy przecież dalecy od posiadania środka swoistego, któryby obiecywał wpływ bezpośredni na przebieg tych skomplikowanych zmian histologicznych, które zachodzą pod wpływem lasecznika Kocha.

Pewne jednak widoki w tym kierunku wyznacza nam nowy kierunek biologji, poznawanie zmian chemiczno-fizykalnych, poznanie roli nerwów życia roślinnego. Tak n. p. dużo zatem przemawia, że związki wapnia mogą wpłynąć na zmniejszenie zapalenia obwodowego. A okolica tem zapaleniem zajęta jest terenem, na który najchętniej szerzy się zakażenie *per continuitatem*. Nowe i poważne widoki daje poznanie wpływu nerwu sympatycznego na przemianę materji w komórce, zdrowej i chorej. Za daleko by nas zaprowadziło przytaczanie tych zdobyczy nowej nauki, otwierającej nieoczekiwane horyzonty na istotę zmian zachodzących w komórce żywej pod wpływem zmian w stanie jej koloidów, rozmieszczenia jonów, w stanie jej napęcznienia i t. d.

Zagadnienie lecznictwa swoistego gruźlicy wikła jeszcze fakt, że w samym ustroju — w czasie przebiegu choroby — powstają nowe wywoływacze, przeciw którym ustrój znów broni się wytwarzając swoiste przeciw-ciała. Zmienione cho-

[1]) W języku polskim uniknąć możemy dwuznaczności miana: *tuberculosis*, które oznacza zmiany tkankowe nietylko charakteru *tuberculum*, ale i zmiany niczem tego tworu nie przypominające. Dla uniknięcia tej dwuznaczności Aschoff mówi nawet o *bacillus* nie *tuberculosis*, ale o b. *phtisicus* (termin przez ogół nieaprobowany). Po polsku można mówić o laseczniku gruźlicy, wywołującym raz zmiany gruzełkowe, innym razem — wysiękowe. Obie te postaci zmian histologiczych są zmianami gruźliczemi etjologicznie.

robowo tkanki działają jako białko obce pozatrzewiowo wprowadzone — ze wszystkiemi tego powikłania konsekwencjami.

Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

Dr. S. Rabow prof. honor. Uniwersytetu w Lozannie. **Przepisy lekarskie dla klinicystów i lekarzy.** Z 52 ostatniego uzupełnionego wydania przełożyli Dr. J. Szwarcman, asyst. Szpit. na Czystem i Dr. K. Poncz. Warszawa 1924. Wydawnictwo naukowe »Wiedza«. in 8⁰ str. VIII—321.

Nakładem Wydawnictwa naukowego »Wiedza« wyszedł świeżo znany podręcznik Rabowa p. t. »Przepisy lekarskie« w przekładzie polskim. Do przekładu posłużyło 52-gie wydanie. Już to samo świadczy najwymowniej, jak pożyteczne i poczytne jest dziełko Rabowa wśród lekarzy... niemieckich. Dla nas jednak podręcznik Rabowa ma znacznie mniejszą wartość, jako oparty na farmakopeji niemieckiej i przystosowany do potrzeb lekarza niemieckiego.

Sporo tu rzeczy dla nas zupełnie zbytecznych. Na końcu dziełka n. p. podano wykaz nieurzędowych recept berlińskich (*formulae magistrales Berolinenses*). Nam_ tego zupełnie nie potrzeba. W spisie lekarstw i wzorów recept, ułożonych w porządku alfabetycznym, roji się na każdej stronicy (od 32-ej do 222-ej) od mnóstwa nowych leków, składu nieznanego, których nazwy dziwaczne nic same przez się nie wyrażają, jak n. p. *Dymal — Didym. salicylicum, Eusitin, Granugenol, Lovan — Valau. Percutilan, Uraza Urtiarsyl* i t. p.

Podane z dziełka Rabowa wskazówki praktyczne są prawie wszystkie pożyteczne. Dość udatny jest artykuł prof. K. Stolte'go o chorobach niemowląt. Artykulik prof. Bürgi'ego o łączeniu leków dotyczy przetworów narkotycznych i nasennych. Sporo wreszcie miejsca poświęcił Rabow wyliczeniu ważniejszych miejscowości kąpielowych i uzdrowisk zagranicą. Tłumacze dział ten uzupełnili wykazem źródeł, kąpieli i uzdrowisk polskich.

Naogół wydanie polskie dziełka Rabowa sprawia wrażenie dodatnie, znać bowiem staranność tłumaczów o dobór objaśnień i uzupełnień, znać dbałość wydawców o wygląd estetyczny książki. Szkoda tylko, że tłumacze nie postarali się usilniej, ażeby czystość języka przekładu wypadła bez zarzutu. Pomimo widocznych pod tym względem starań nie ustrzegli się jednak pewnych germanizmów, stale zresztą, niestety, powtarzanych w naszych pismach i książkach lekarskich. Wszystkich wymienić niepodobna. Wspomnę więc tylko o częściej napotykanych, a więc o nadużywaniu przyimka *przy*, n. p. »najlepiej posługiwać się *przy* podawaniu lekarstw«, zamiast: ..do podawania lekarstw; »zachowywać ostrożność *przy* użyciu skrótów w receptach«, zamiast: ..w razie użycia skrótów..; »*przy* wyznaczaniu określonej djety należy ... zdać sobie sprawę...«, zamiast: wyznaczając określoną djetę.!; »*przy* jednoczesnem pobudzaniu do potów«, zamiast: wraz z jednoczesnem pobudzaniem do potów; »dlatego też zaleca się wielką ostrożność« *przy* stosowaniu u takich dzieci zabiegów wodoleczniczych«, zamiast: ...podczas stosowania .. zabiegów..; »wobec licznych zmian, które... *przy* mieszaniu leków wytworzyć się mogą«, zamiast: ...które ..podczas mieszania... Wspomnieć też trzeba o błędnem stawianiu przez tłumaczów przymiotnika przed rzeczownikiem, znowu podług wzorów niemieckich, n. p. »w alfabetycznym porządku«, »bezbarwny płyn«, »djetetyczne metody«, »wodnemi napojami«, »próbne djety«, »przewlekłego zjawiska«, »organiczne jady«, »metaliczne, wzgl. nieorganiczne jady«, »terapeutyczne zalety«, »mieszanych leków«, »w terapeutycznym wyniku swym« i t. p.

Sporo też jest zdań wielce pod względem stylistycznym chropowatych. Należało je koniecznie w korekcie wygładzić. Przytoczyć ich tu nie można, gdyż wykaz taki powiększyłby nadmiernie rozmiary sprawozdania o podręczniku, który ostatecznie mniej jest pożyteczny, aniżeli kosztowny.

M. Zwejgbaum.

Przegląd piśmiennictwa.

Annales d'Anatomie Pathologique Médico-chirurgicale. Paris. Masson et C-ie Editeurs. Ogłaszane przez: B. Cuneo, R. Grégoire, P. Lecène, P. Masson, H. Policard i G. Roussy.

Nowy organ, poświęcony anatomji patologicznej, ma za zadanie ożywić ten dział nauki, zepchnąć ją z okresu opisowego i zbliżyć do fizjologji i kliniki, wszczepiając nowoczesne poglądy biologiczne. Ukazywać się to pismo będzie 6 razy do roku.

P. Masson. **Zapalenie wyrostka robaczkowego pochodzenia nerwowego i nowotwory podobne do raków.**

Anatomja patologiczna wyrostka robaczkowego wzbogaca się nowemi dotąd nieznanemi faktami. Obecnie coraz częściej zwykłe ostre przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego nazywają „angina jelitowa", co wskazuje na daleko posuniętą rozbieżność z dawniej uznanemi pojęciami. Również i rola etjologiczna w tem schorzeniu uległa znacznym przegrupowaniom. Nowe światło na patogenezę niektórych postaci przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego rzucają świeże badania Masson'a, które również ułatwiają zrozumienie pewnych subtelnych procesów fizjologicznych. Te nowe fakty zasługują ze wszech miar na wyróżnienie i specjalną uwagę.

W 1914 roku Masson wspólnie z Gosset wystąpił z pomysłową hipotezą o pochodzeniu (*histogenezie*) niejasnych nowotworów wyrostka robaczkowego, nazywanych »*Petit carcinome du tractus digestif*« lub *carcinoides*. Masson i Gosset podzielali zdanie, że nowotwory te wychodzą z komórek chromafinowych, które rozsiane są pojedynczo na dnie gruczołów Lieberkühn'a i opisane zostały przez Kulczyckiego. Ważną jest rzeczą, że jądro tych komórek umiejscawia się w pobliżu ujścia gruczołu, a zona (pasmo) sekrecyjna, z zawartością ziarn chromafinowych, zwrócona jest w kierunku tkanki podścieliskowej czyli łożyska naczyniowego. Masson upatruje w tych komórkach właściwości wewnętrznego wydzielania, nazywając *carcinoidy* nowotworami „endokrynnemi" Celem wykazania powyższych komórek Masson opracował szczegółową metodykę wybiórczego barwienia zapomocą przepajania kwaśnym azotanem srebra (*cellule argentoffine* — komórka mająca powinowactwo do azotanu srebra).

Po skończonej wojnie Masson nadal prowadził swoje badania nad komórkami, mającemi powinowactwo do azotanu srebra, wykazując szereg ciekawych faktów. W masowych badaniach nad zarośniętemi wyrostkami robaczkowemi, które uchodziły za zbliznowaciałą tkankę łączną, autor wykazał w niej obecność włókien nerwowych współczulnych. Badania w kierunku wykazania zachowania się przebiegu włókien nerwowych w zdrowym wyrostku dały również ciekawe dane. Największy rozrost włókien nerwowych występuje, według niego, w zarośniętych odcinkach wyrostka robaczkowego, powodując czasami powstanie prawdziwych nerwiaków. Ciekawą jest rzeczą, że udaje się w samym splocie nerwowym wykazać samotne lub zgrupowane komórki krągławe, zawierające ziarnistość, mającą powinowactwo do azotanu srebra a odpowiadające w zupełności komórkom Kulczyckiego resp. pierwocinom *carcinoides*. Ilość tych komórek bywa różna a umieszczone są przeważnie na wewnątrz od *muscularis mucosae*, nie wychodząc poza jej zakres. Komórki te są wyłącznemi przedstawicielami pierwocin nabłonkowych, gdyż gruczoły Lieberkühn'a, jak również cały układ adenoidalny, zupełnie znikają.

Masson opisuje 4 rodzaje komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra:

1. **Neuroglejowy.** — Komórki tej grupy podobne są do komórek Remack'a, jądra są owalne i blade, a granica pierwoszczy niewyraźna Ziarnistość, mająca powinowactwo do azotanu srebra, jest czasami obfita, czasami jest jej bardzo mało.

2 **Zwojowy.** — Okrągłe komórki zawierają przeważnie jądra krągławe o skąpej chromatynie i 1—2 jąderka. Ziarnistość spowinowacona do azotanu srebra rozsiewa się na całej przestrzeni lub gromadzi się w okolicy jednego bieguna

komórki, w tym przypadku występują w przeciwnym biegunie twory, przypominające ciałka N i s s l'a.

3. Gruczołowy rodzaj. — Pierwoszcz komórki obfituje w wodniczki, dookoła których układa się już wspomniana ziarnistość. Czasami spotyka się jeszcze także

4 rodzaj — jelitowy: Komórki tego typu występują mnogo, otaczając w postaci pierścienia ośrodkową jamkę. Powierzchnia tych komórek, patrząca do wewnątrz, wyścielona jest rąbkiem skóreczkowym; w tej części komórki znajduje się wydzielina śluzowa. Jądro jest owalne, zawiera ziarna chromatyny, 1—2 jąderka umiejscawiają się w samym ośrodku komórki. U podstawy komórki układają się ziarna, mające powinowactwo do azotanu srebra. Pomiędzy poszczególnemi typami wspomnianych komórek istnieją postaci przejściowe.

W wieku podeszłym pierwociny nerwowe zanikają i giną a jednocześnie znikają również komórki, mające powinowactwo do azotanu srebra, co przecież przemawia za hipergenezą obydwóch rodzajów tych pierwocin. W kilku przypadkach autorowi nawet udało się jakoby wykazać pochodzenie tych komórek.

Gruczoły L i e b e r k ü h n'a od strony dna tworzą wypustki komórek nabłonkowych w kierunku rozrosłego splotu nerwowego, dzielących się amitotycznie i wreszcie ulegające oddzieleniu się. Dalej gromadki komórek odsznurowanych wnikają w pnie nerwowe, a w komórkach pojawia się ziarnistość azotano-srebro-chłonna. Sprawa oddzielania się komórek gruczołowych, względnie azotano-srebro-chłonnych, przebiega nadzwyczaj szybko i może nawet odpowiadać początkowi ostrego schorzenia.

Rzeczą zastanawiającą jest fakt, że sprawę powyższą spostrzegano tylko u młodych jednostek.

Obecność tych nerwiaków albo rozlanych skupień włókien amijelinowych, zawierających komórki azotano-srebrochłonne, daje się stwierdzić tak w przypadkach operowanych *à froid*, jakoteż w przypadkach normalnej inwolucji. Zrozumiałem jest, że w przypadkach ostrego zapalenia ropnego wyrostka robaczkowego trudno jest wykazać z powodu znacznego rozrostu układu chłonnego stan zachowania się podgruczołowego splotu nerwowego, oraz komórek azotano-srebro-chłonnych. Nerwiaki znajdują się w ścisłej łączności ze splotem M e i s s n e r'a; wielkość ich bywa różna, dochodzi czasami do 2—3 mm a wtedy mogą być dostrzeżone zwykłem okiem nieuzbrojonem. Nerwiaki te nierzadko wykazują szereg zmian wstecznych, ulegają nacieczeniu drobnokomórkowemu i makrofagami. Po zupełnem zwyrodnieniu nerwiaków znikają również komórki, mające powinowactwo do azotanu srebra.

Z powyższego względu M a s s o n przypisuje komórkom azotano-srebro chłonnym specjalny wpływ uczynniający na pierwociny nerwowe, sądząc, że charakterystyka rodzajów komórek azotano-srebro-chłonnych przemawia za ich pochodzeniem neurogennem, a więc do komórek ektodermalnych, co zbliża jego hipotezę do przypuszczenia E r i c h a, zdaniem którego nowotwory wyrostka robaczkowego, podobne do raków, należeć powinny do glejaków ciałek przyzwojowych.

W wyjątkowych razach spostrzegano samotny rozrost wyłącznie tylko komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra, lub wyłącznie samych włókien. W ostatnim razie powinno się nazwać twory te nerwiakami amputacyjnemi wyrostka robaczkowego. Wyniki pracy M a s s o n'a opierają się na 134 przypadkach, z których wynika, że w $^3/_4$ przypadków zarośniętych wyrostków robaczkowych albo w przypadkach z obciążeniem klinicznem stwierdza się hipergenezę komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra, oraz nerwiaki.

Cyfry autora przemawiają najdosadniej, zwłaszcza w porównaniu z cyframi badań przypadków bez obciążenia klinicznego. Nerwiaki prawdziwe najczęściej występują w wieku od lat 19 do 22.

Badania autora nasuwają przypuszczenie, że proces wciskania się komórek azotano-srebro-chłonnych do głębi rozrastających się splotów nerwowych podgruczołowych, przedstawia sprawę fizjologiczną, która szczyt swój osiąga w 20 roku życia. Jeśli w tym czasie zadziała czynnik zapalny o wystarczającem nasileniu, wtedy proces fizjologiczny hipergenezy nabiera nadzwyczajnej siły, występują liczne oddzielania się nabłonków, sploty nerwowe ulegają rozrostowi i tworzą wreszcie nerwiaki. Klinicznego wytłumaczenia na przenikanie komórek, spowinowaconych do azotanu srebra w głąb rozrosłych splotów nerwowych jeszcze dotychczas nie posiadamy i dopiero wspólna praca klinicystów z patologami może te ciekawe zagadnienia rozstrzygnąć.

W zakończeniu przytoczę technikę M a s s o n'a:

1. Operacyjnie usunięte wyrostki robaczkowe pogrąża się w jak najszybszy sposób do płynu Bouin'a na pół godziny, następnie brzytwą przecina się wyrostek na kilka odcinków grubości $^1/_2$ cm i znowu wrzuca się do płynu Bouin'a na przeciąg 3 dób.

(Płyn Bouin'a składa się z

A. destill.	*30 cm*^{3}
40$^0/_0$ *formal.*	*10 cm*^{3}
Ac. trichloracetici	*2 cm*^{3}

i kwasu pikrinowego aż do nasycenia)

2. Po krótkotrwałem przepłukaniu odwadnia się preparat w 3 alkoholach i prześwietla się zapomocą *toluolu* lub *xylolu*.

3. Zatapia się w wosk-parafinę (5:100) i przyrządza się skrawki.

Sposoby barwienia według M a l l o r y. II. Barwienie komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra, według M a s s o n'a, polega na pogrążaniu skrawków, wolnych od parafiny, w 5$^0/_0$ rozczyn amonjakalnego azotanu srebra na przeciąg 36 godzin. Ziarnistość występuje już od tego zabarwienia bez następowej redukcji. Dalej stosuje się złocenie i uzupełniające dobarwienie, według R. J. Cajal'a, pikroindygo-karminem.

Rozczyn amonjakalnego azotanu srebra, według F o n t a n'a, przyrządza się w następujący sposób: do 5$^0/_0$ rozczynu azotanu srebra dolewa się amonjak do pojawienia się osadu. Do rozczynu znowu dolewa się 5$^0/_0$ rozczyn azotanu srebra, dopóki rozczyn nie przybierze charakteru lekko opalizującego. W takim stanie rozczyn jest zdatny do użycia.

H. L a c a s s a g n e i Oc. M o n o d. **Próby wywołania raka zapomocą zastrzyknięć wśródmiąższowych w głąb jądra.** Doświadczenia z zastrzykiwaniem smoły pogazowej w drobnych ilościach bezpośrednio w głąb miąższu jądra szczurów i królików powoduje szybkie jej otorbienie reakcyjne tkanką łączną. Injekcje te pociągają za sobą zwyrodnienie komórek nasiennych i aspermatogenezę, komórki zaś podstawowe pozostają niezmienionemi.

W jednym przypadku na pięć zastrzyknięć królikom, udało się wywołać nowotwór jądra o charakterze mięsakowym, stwierdzony dopiero po upływie roku od chwili zastrzyknięcia, u którego jednocześnie spowodowano raka skóry zapomocą wcierania smoły pogazowej.

P. L e c è n e. **Przypadek rzeczywistej potrójności jądra.** Dotyczy on młodego żołnierza lat 23, który zgłosił się z dziedziczną przepukliną pachwinową prawostronną, podczas operacji której wycięto twór wielkości małej śliwki, a badanie histologiczne wykazało rysunek jądra.

W końcu umieszczone są streszczenia zbiorowe na tematy aktualne. *W. Janusz* (Lwów).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

T. XXXIX. Nr. 3. wrzesień 1924.

C. G. M i x t e r. **W sprawie wnętrostwa (Undeseended testicle).** Na podstawie 207 wniosków M. dochodzi do następujących wniosków: operację z powodu niezstąpienia jądra dają 75—80$^0/_0$ dobrych wyników t. zn. jądro zostaje w mosznie i nie ulega zanikowi. By to osiągnąć należy strzec się uszkodzenia naczyń krwionośnych a sznurek nasienny przedłużyć tak, by jądro dało się umieścić w mosznie bez napięcia. W pewnej liczbie przypadków, szczególnie *actopia abdominalis*, zachodzi konieczność przecięcia naczyń, co powoduje zanik jądra w ok. 85$^0/_0$. Wskazania do tego rodzaju postępowania istnieją zaledwie w około 10$^0/_0$ ogólnej liczby przypadków. Zanik może nastąpić również w przypadkach, w których naczyń nie przecięto — prawdopodobnie z powodu

przypadkowego ich uszkodzenia podczas zabiegu (jak schwycenie w szew).

Operować można w każdym wieku z widokami dobrych wyników, najlepiej jednak przed nastąpieniem dojrzałości płciowej, między 5 a 12 r. życia. Operacja w wieku wcześniejszym nie jest wskazana, gdyż tkanki są zbyt delikatne i trudności uniknięcia uszkodzenia naczyń są zbyt duże.

Orchidektomji nie powinno się wykonywać w dzieciństwie. Należy również unikać przemieszczenia jądra do jamy brzusznej, ze względu na przyszłą możliwość zmian nowotworowych. Nawet w bardzo trudnych przypadkach przemieszczenie przewodu z towarzyszącemi mu naczyniami poza dolną tętnicę nadłonową *(epigastrices)* umożliwia zsunięcie jądra do moszny. Badanie pochwowe dojrzewania przypadków operowanych w dzieciństwie wykazuje przeważnie normalne jądro. W żadnym z operowanych przypadków autor nie widział nawrotu, ani powstania przepukliny.

R. P. Sullivan. **Rak żołądka u osobników młodych.** Po przeglądnięciu piśmiennictwa autor opisuje przypadek raka żołądka u 22 letniego osobnika.

Rak żołądka poniżej 25 r. życia należy do zjawisk bardzo rzadkich. Według Oster'a i Mc Crae'a raka w pierwszem dziesięcioleciu opisano zaledwie 6 razy, w drugiem 13 razy, rak w trzeciem dziesięcioleciu zdarza się w 3—4% przypadków raka żołądka. Na 50 przyp. raka przewodu pokarmowego u osobników młodych 13 razy był zajęty żołądek. Co do objawów, raka żołądka u osobników młodych charakteryzuje: nagły początek, krótki czas trwania cierpienia, wczesne zjawienie się, trwanie podwyższenia ciepłoty, wczesne przerzuty i brak charłactwa przy postępującej anemji — pozatem objawy nie różnią się od objawów w wieku starszym. Od mięsaka różni się znacznie szybszym przebiegiem. Leczenie operacyjne było zwykle podejmowane za późno. Leczenie promieniami Röntgena dało również mało zachęcające wyniki, nawet przy zastosowaniu t. zw. externalizacji nowotworu z bezpośredniem naświetlaniem. Seroterapja podobno wpływała korzystnie na przebieg cierpienia, ale przeważnie tylko przejściowo.

W. Shallenberger. **O śródżylnem stosowaniu roztworów fjoletu goryczkowego (gentain violet) przy zapaleniu żył.** W 5 przypadkach phlebitis autor wstrzykiwał śródżylnie roztwór fjoletu goryczkowego i uzyskał bardzo szybki spadek gorączki (po 1 do 2 zastrzyknięciach) i wyleczenie. W początkowych przypadkach zastrzykiwał po 30 cm^3 1% roztworu, w późniejszych posługiwał się większemi ilościami roztworu $\frac{1}{2}$%, gdyż 1% powodował zakrzep żyły w miejscu wstrzyknięcia. Przygotowanie roztworu polega na rozpuszczeniu w świeżo destylowanej wyjałowionej wodzie i przesączeniu. Wyjaławianie roztworu nie jest potrzebne. Dawka najwyższa wynosi 5 mg na kilogram wagi ciała. Objawów ubocznych nie widział. Niektórzy chorzy skarżyli się na zdenerwowanie i uczucie słabości. Sinawe zabarwienie skóry, naśladujące sinicę, zjawia się stale, ale tylko na krótki czas. Wstrzyknięcie należy powtarzać co 2—3 dni. Definitywne wnioski o wartości tego sposobu wymagają dalszych spostrzeżeń.

Fg. Du Bose. **Cholecystogastrostermia i cholecystoidorenostermia.** Autor, wychodząc z założenia, że cierpienia woreczka żółciowego nie są cierpieniami pierwotnemi, a tylko dalszym ciągiem spraw zapalnych wątroby, że woreczek żółciowy nie jest tylko zbiornikiem żółci, ale posiada bliżej nam nieznane funkcje fizjologiczne, że wyniki usuwania woreczka operacyjnego woreczka żółciowego w kamicy żółciowej są niewystarczające, jest zdecydowanym zwolennikiem zespolenia między woreczkiem żółciowym a żołądkiem, względnie dwudwunastnicą i uważa tę metodę za operację wyboru. Przeciwwskazania do zespolenia, a raczej wskazania do cholecystostermji, stanowią: 1. nowotwory woreczka żółciowego, 2. zgorzel woreczka, 3. zanik i zbliznowacenie woreczka, 4. zwężenie przewodu pęcherzykowego i zamknięcie niespowodowane kamieniami.

Wskazania do cholecystogastro- względnie dnodenostermji stanowią: 1. Zamknięcie przewodu wspólnego u chorych wyczerpanych. 2 Kamienie przewodu wspólnego w przypadkach, w których nawrotu cierpienia bez następowego zwężenia można się spodziewać. 3. Przewlekła lub powtarzająca się żółtaczka nieznanego pochodzenia lub wtórna z powodu niedających się usunąć cierpień wątroby, trzustki lub dwunastnicy, zamykających przewód wspólny. 4. Przebicie woreczka żółciowego. Zespolenie jest bezpieczniejsze i wymaga krótszego leczenia, niż cholecystostermja. 5. Tam, gdzie wskazane jest zachowanie na zewnątrz, jak np. po usunięciu kamieni. 6. Przebicie wrzodu odźwiernika lub dwunastnicy. Alkaliczna żółć zapobiega następowym zwężeniom i wpływa lecząco na wrzód. 7. *Pylorospasmus* z powodu nadkwaśności — nie ustępujący pod leczeniem intermotycznem — jakkolwiek Sippy twierdzi, że ilość żółci normalna nie wystarcza do zobojętnienia soku żołądkowego. 8. *Pancreatitis acuta.* W 12 przypadkach tego cierpienia zespolenie dało doskonałe wyniki bezpośrednie późne. Du Bose wykonuje zespolenie w ten sposób, że zszywa w dno woreczka sączek gumowy za pomocą podwójnego szwu kapciuchowego — nakłada podwójny szew Lemberta na dno woreczka i żołądek, względnie, o ile by musiało przez to powstać napięcie — na dwunastnicę, wpuszcza dren do żołądka tuż nad odźwiernikiem i ustala go w nim za pomocą podwójnego szwu kapciuchowego i pokrywa od przodu podwójnym szwem Lemberta a na to jeszcze naszywa sieć.

Thomson. **O odprowadzaniu pewnych złamań za pomocą aparatu dźwigniowego. (Direct leverage in the reduction of certain fractures).** W złamaniu, których odprowadzenie zwykłemi sposobami osiągnąć się nie daje, autor używa narzędzia w kształcie litery S, które przez małe nacięcie w skórze wprowadza między odłamki i za pomocą w danym przypadku odpowiedniego ruchu — tak, by narzędzie działało jako dźwignia nastawia odłamki. Kilka szwów na rany w skórze i ustalenie kończyny w opatrunku gipsowym. Dźwignia zostaje zagipsowana, a raczej ustalona w okienku w gipsie w tej pozycji, w której złamanie zostało należycie odprowadzone. Cały zabieg wykonuje w świetle roentgenowskiem lub, o ile to niedostępne, pod kontrolą palca, który równocześnie z dźwignią wprowadza do rany. Dźwignię wyjmuje po 7—10 dni. Wyniki osiągnął znakomite. Sposób ten do odprowadzania zwichnięć podał przed 50 laty Thomas.

R. L. Payne. **W sprawie setonowania jamy otrzewnowej.** Payne nie jest zwolennikiem zasady »gdzie nie jesteś pewnym, czy trzeba setonować, nie setonuj«. Wprawdzie drenowanie jamy otrzewnowej, jako całości, nie da się uskutecznić, gdyż już po kilku godzinach powstają zlepy na około drenu, ale właśnie ten odczyn ustroju jest pożądanym, gdyż powoduje oddzielenie źródła zakażenia od reszty jamy otrzewnowej. Siły obronne ustroju zostają przez to skierowane w najbardziej zagrożone miejsce. Dlatego powinno się sączkować zawsze źródło zakażenia, a nie punkt najniższy jamy otrzewnowej, jak się często robi, nawet przy już uogólnionem zapaleniu otrzewnej. W przypadkach wątpliwych wystarczy drenować przez pierwsze 24 godziny, w ropniach ograniczonych, póki wydzielanie nie zmniejszy się. Najlepsze są stany »cygaretowe«. Na 263 przypadki zapalenia otrzewnej miał śmiertelność 6%. Z tego w 209 przyp. sprawa była ograniczona (śmiertelność 2·3%) w 5 przyp. ogólna (śmiert. 29·6%) we wszystkich przypadkach sączkował.

Dr. *Gruca* (Lwów).

American Journal of Surgery.
T. XXXVIII/8 1924.

Stenbuck **Rysy twarzy u osób z wrzodem żołądka i dwunastnicy.** Autor przypomina krótko prace podobne — a sam podaje następujące spostrzeżenia: twarz nierówna, nacechowana siłą — linje proste, kąty ostre. Czoło niskie, zmarszczki, o ile są grube, elastyczne. Pod występującemi łukami i dużemi brwiami małe, błyszczące oczy, nos prosty nie duży, uszy szerokie, odstające, muszle uszne niedokładnie uformowane, usta szerokie, wargi grube ściśnięte, broda wybitnie grubo zaznaczona, kości szczęki wystające, dające tem samem szerokie wkleśnięcia twarzy, żwacz silnie rozwinięty (w t. b. c. wątły) — kości policzkowe i łuk podoczodoł. silnie wystają, fałd nosowo wargowy wybitny. Twarz przytem zwykle blada, często obrzękła n. p. w fałdzie wargowo-policzkowym, fałdach czołowych o etjologji niepewnej, może wskutek zaburzeń odżywczych lub zaburzen

gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wskutek czego przychodzi do pewnego rodzaju obrzęku śluzowego skóry. Dalej charakterystyczne jest, że u chorych z wrzodem spotyka się często sześciobok utworzony z fałdów nosowo-policzkowych, nosa i brody. Natężenie tych objawów idzie w parze z ostrością przypadków. W okresowych polepszeniach lub po udałej operacji, twarz powoli traci wymienione cechy. Autor w 90% przypadków stwierdza te objawy i utrzymuje, że są one pomocne w postawieniu rozpoznania.

Ballenger, Elder, Leke. **Cystogramy powietrzne do wykazania powiększenia gruczołu sterczowego, wystającego do pęcherza.** Autorowie w przypadkach trudniejszych do rozpoznania, zwłaszcza, gdy gruczoł *per rectum* jest niemacalny — a badanie cystoskopowe jest utrudnione ze względu na silne zwężenie cewki, robią cystogramy powietrzne, które uwydatniają dobrze część gruczołu powiększonego do światła pęcherza. Chory dostaje 15—18 godzin przedtem na przeczyszczenie; bezpośrednio przed wykonaniem zdjęcia, wstrzykują 1% R. N S przez cewkę — następnie wprowadzają cienki cewnik — wstrzykują około 100 cm powietrza i wykonują zdjęcie. (20_0 — $3^1/_2$ cala — 20 mamp. — 10 sek.).

W. Frank. **Bezpieczne doszczętne leczenie chirurgiczne wola.** Są dwa typy w wolach, charakteryzujące się objawami hypertyreoidyzmu: wól Basedowa, dający okresy wzmożenia i remisji objawów, i gruczolak toksyczny, kiedy objawy stale się wzmagają i chory ma się coraz gorzej.

Ważnem w tych przypadkach jest określenie % przemiany materji, który jest wskaźnikiem czynności i toksyczności gruczołu, a zarazem siły odporności na operację.

Zresztą zdania różnych autorów są co do tego różne; Frank twierdzi, że w doświadczeniach jego przypadki nawet z 80% przemiany materji, poddane thyreoidektomji, nie dawały reakcji i naodwrót przypadki z małym procentem tejże reagowały silnie (przytacza przykłady).

Dalej w wolu B. dobrze jest użyć przedtem naświetlania promieniami Röntgena, by później przystąpić do zabiegu z większem bezpieczeństwem; reakcja naświetlaniem wywołana jest często bardzo silna — zresztą podobna do reakcji, wywołanej podwiązaniem tętnic tarczykowych.

W gruczolaku toksycznym często spotyka się zwyrodnienie mięśnia serca i innych narządów, jako następstwo intoksykacji; stąd podwiązanie tętnic, jak w poprzednim, nie wystarcza, lecz należy wykonać resekcję.

Co do znieczulenia, to idealnem jest znieczulenie miejscowe z dodatkiem »gar-oxygenu«. Wtedy chory podczas zabiegu jest spokojny, tętno jest wolniejsze.

Autor przytacza zapatrywania różnych badaczy, kiedy zabieg w przypadkach omawianych nie jest wskazany, i wypowiada swoje zdanie, że zabieg należy przeprowadzać stopniowo, a mianowicie: w miejscowem znieczuleniu z dodatkiem »gar-oxygenu«, najpierw podwiązanie, po pewnym czasie resekcja jednostronna — w końcu thyreidektomia. Nawiasowo dodaje, że podawanie morfiny w ciężkich przypadkach ma swoją dobrą stronę.

De Courcy. **Zmniejszanie tyreotoksykozy leczeniem nieswoistem.** Autor wstrzykuje chorym z wolem toksycznym mleko w coraz to większych dawkach i otrzymuje coraz słabszą reakcję. Podobną reakcję daje podwiązanie tętnic tarcz. Stąd stawia autor pytanie, czy podwiązanie nie działa tak, jak białko lub wakcyna. I rzeczywiście, wstrzykując w kilkudziesięciu przypadkach mleko lub wakcynę tyfusową (wolne od bakt.) i bez poprzedniego podwiązania, przystępuje do tyreoidektomji.

Ważne to jest z tego względu, że zamiast kilku zabiegów wykonuje jeden zabieg, to jest odrazu tyreoidektomję po poprzedniem nieswoistem, białkowem uodpornieniu, zwłaszcza, że, zdaniem wielu autorów, samo podwiązanie i tak nie sprowadza redukcji krwi w gruczole.

W. Owen **Wrodzone obustronne przemieszczenie rzepki na zewnątrz.** Dziecko lat 9, u którego nóżki są w ułożeniu wybitnego *genua valga*, przyczem o własnych siłach stać nie może. Obie rzepki są znacznie przesunięte na zewnątrz. Wykonano *osteotomiam supracond* i ułożono kończyny w położeniu nieco *genua vara*. Ponieważ jednak to nie wystarczyło, by rzepki sprowadzić w prawidłowe położenie, wykonano po sześciu tygodniach zabieg Krogiusa. Skróconą torebkę po zewnętrznej stronie przecięto, rzepkę reponowano, a z rozciągniętej torebki po stronie wewnętrznej oddzielono pasmo wraz z częścią mięśniowo-powięźniową przesunięto je na zewnętrzny brzeg rzepki i umocowano tak, że pasmo to biegnie od wewnętrznego brzegu uda, następnie łukowato okrąża rzepkę od zewnątrz, przechodząc na wewnętrzny brzeg podudzia. Wynik zupełnie zadawalniający. W piśmiennictwie opisane są dwa podobne przypadki.

T. XXXVIII/9. 1924.

W. Galland. **Podskórne przecięcie ścięgna Achillesa.** Autor przytacza przypadek obustronnej spastycznej stopy końskiej, w którym wykonano poprzeczne przecięcie ścięgna Achillesa; jednak wskutek skurczu mięśni odcinek bliski posunął się o kilka centymetrów ku górze i nie nastąpiło zrośnięcie się przeciętych końców, wskutek tego powstała obustronna stopa piętowa, co stało się dla chorej bardziej uciążliwe od stanu poprzedniego. Aby tego uniknąć, autor radzi stosować plastykę ścięgna lub podskórnego skośnego przecięcia ścięgna, przyczem zwraca uwagę, że zależnie od różnego patologicznego ustawienia stopy *(pes valgus, equinus, varus)* stosować należy różne kierunki wyżej wspomnianego skośnego cięcia.

S. Gant. **Zastąpienie metody krzyżowej lub krzyżowo-brzusznej, metodą pochwową i międzykroczową przy raku odbytnicy.** Autor przytacza poszczególne metody usuwania raka odbytnicy i dochodzi do przekonania, że usunięcie tegoż:

1. metodą krzyżową jest trudne, długie, dość często zdarza się przytem krwotok, zapad, komplikacje nerkowe i płucne, chory pozostawać musi długo w szpitalu ze względu na rozległość i miejsce rany, która zwykle zostaje zakażoną; dalej niedogodności, wskutek wykonanego odbytu krzyżowego; w końcu metoda ta daje wysoką śmiertelność,

2. metodą krzyżowo-brzuszną (względnie perineo-vagino-abdominalną), która, zdaniem wielu chirurgów, daje łatwy dostęp do raka i gruczołów wysoko leżących, następnie zmniejsza niebezpieczeństwo wskutek dwuczasowego operowania — daje ciężki zapad i jest niewygodna do zastosowania u osób otyłych i słabych, czas trwania jest długi, manipulowanie wśród jelit może też dać niedobre następstwa; dalej nie trudno uszkodzić pęcherz, moczowody, naczynia biodrowe; w końcu może powstać przepuklina pooperacyjna. Prócz tego komplikacje, jak wyżej,

3. metodą pochwową i międzykroczową jest bezpieczniejsze, czas trwania jest krótszy, komplikacyj brak, chory pozostaje w łóżku krótko, nawrotów niema więcej, jak w metodach poprzednich, ponieważ usuwa się dokładnie i wysoko gruczoły, wykonując to łatwo i szybko, nie otwierając jamy brzusznej i nie robiąc sztucznego odbytu. To też nie radzi otwierać jamy brzusznej przy raku odbytnicy, a natomiast używać metody tej, którą można usuwać raki nawet bardzo wysoko leżące.

R. Hertzberg. **Epidermizacja.** Autor podaje sposób leczenia dużych ubytków skóry. Mianowicie: gdy rana pokryje się z ziarniną, zmywa się ją gazoliną, która jest antyseptykiem, rozpuszcza wydzielinę, tłuszcz, suszy tkankę, a nie niszczy świeżej ziarniny, następnie suszy się ranę delikatnie gazikiem i brzegi jej powleka się mięszaniną balsamu per. i oleju ryc. (ana), pokrywając również ziarniną na przestrzeni 1—2 cm. szerokości od brzegu. Potem pokrywa się paskiem steryl. przylepia, (szerokość $2^1/_2$ cm) wyżej wspomnianą przestrzeń, okrążając ranę naokoło, a nie przechodząc w poprzek przez środek, który zwilża się 1—2% roztworem dichloraminu (dichloramin T in chlorkosanie); on to chroni przed zakażeniem i utrzymuje ziarninę w zdrowych warunkach. To powtarza się codziennie naskórek rośnie szybko 0·25—0·60 cm na dobę, przytem, chociaż nieraz rany są bardzo rozległe, nie tworzy się szpecące zbliznowacenie, lecz cała rana pokrywa się zdrowym naskórkiem, tak, że często trudno zauważyć granicę między tkanką nienaruszoną, a tkanką pokrytą świeżym naskórkiem.

Dr. *Janik* (Lwów).

Annales de Médecine légale.

Nr. 1. 1924.

G o u t a r d - B o u t i g n y i P i é d e l i e v r e. **Pęknięcie tętnicy głównej.** Autorowie wspominają o 3 przypadkach samoistnego pęknięcia tej tętnicy u ludzi młodych (od 25—30 lat). Makroskopowo prawie nie można było stwierdzić zmian w jej ścianie przy badaniu jednak mikroskopowem stwierdzono w 2 przypadkach ograniczone zmiany w ścianie, obejmujące całą jej grubość, polegające na zaniku włókien elastycznych i na zwyrodnieniu szklistem, w 1 przypadku jednak zmiany w ścianie aorty były bardzo małe, natomiast w nerkach stwierdzono wyraźne zmiany nefrosklerotyczne, na tle, według przypuszczeń autorów, kiłowem.

G h i g l i o t t o. **Wykazywanie bardzo małych ilości kwasu azotowego w przypadkach otrucia.** W celu wykazania małych ilości kwasu azotowego w żołądku nie nadaje się, według autora, izolowanie kwasu przez destylację, poddawauie go działaniu alkoholu lub węglanu wapnia. Autor starał się wykazać kwas azotowy w samej ścianie żołądka po wprowadzeniu małej ilości od 5-cio do 1000-krotnie rozcieńczonego kwasu do żołądka, gdzie pozostawiał go 20 minut: po przepłukaniu błony śluzowej przez 15 minut wycinał jej mały kawałek, wyciskał go na bibułę, wkładał do szalki, i przy pomocy difenylamiuu, rozpuszczonego w kwasie siarkowym, wykazywał kwas azotowy. Brucyna nie daje tak dobrych rezultatów.

Nr. 2.

B a l t h a z a r d i D u v o i r. **Przypadkowe uduszenie się oseska przez pypkę.** Dziecko 4 miesięczne, któremu matka celem uspokojenia włożyła do ust pypkę z korkiem, po kilku minutach poczęło słabiej oddychać a wtedy matka, przybiegłszy, zauważyła, że dziecko połknęło pypkę, której mimo licznych wysiłków nie dało się wyjąć. Dziecko w krótkim czasie zmarło. Na sekcji stwierdzono pypkę w przełyku. sięgającą swą częścią węższą do chrząstki pierścieniowej, częścią swą dolną, zamykającą wejście do krtani. Autorowie domagają się jak najszybszego załatwienia przez parlament sprawy wydania zakazu sprzedaży pypek, które nie tylko są najlepszemi roznosicielami chorób zakaźnych, ale mogą być także przyrządami niebezpiecznemi.

M a i g n é. **Śmierć przez postrzał w głowę z rewolweru bull-dog: samobójstwo czy morderstwo?** Mężczyzna 70-letni miał popełnić samobójstwo w obecności swej żony, która była jedynym świadkiem jego czynu, przez postrzał z rewolweru w głowę, po postrzale zaś, według jej zeznań, miał odrzucić rewolwer na stół, znajdujący się od siedzącego samobójcy w odległości 1 m. i umieścić go na nim między szklanką a flaszką. Autor po przeprowadzeniu obdukcji wyklucza możliwość jakiegokolwiek ruchu skoordynowanego wobec przestrzelenia obu półkul mózgowych, zniszczenia torebki wewnętrznej, okolicy dołu Sylwiusza i szypułek mózgowych.

F l o r e n c e. **O zatruciu aniliną** Autor poleca swoją nową, łatwą metodę wykrywania aniliny w wnętrznościach. Krew lub pocięte wnętrzności poddaje przez godzinę działaniu kwasu trójchlorooctowego w ciepłocie 70°, alkalizuje, przesącza, wyciąga eterem i bada na zawartość trójchlorooctanu aniliny, którego własności autor dokładnie podaje. Własności kwasu trójchlorooctowego, polegające na ścinaniu białka oraz na tworzeniu soli rozpuszczalnych z zasadami organicznemi, autor starał się także wykorzystać do wykrywania alkaloidów.

Nr. 3.

B a l t h a z a r d. **Śmierć przez prąd elektryczny o napięciu 10.000 wolt.** Robotnik, który wszedł na drabinę z rurą żelazną w ręce, dotknął przypadkiem głową przewodu miedzianego, przez który przechodził prąd o napięciu 10 000 wolt. Powstał gwałtowny płomień i robotnik spadł nieżywy z drabiny. Na sekcji stwierdzono zwęglenie i ubytek w powłokach czaszki i sklepieniu o wymiarach 5—6 cm., i głębokie oparzenia ręki prawej, w której trzymał rurę żelazną, i przez którą prąd wyszedł. W narządach wewnętrznych stwierdzono: przekrwienie opon mózgowych i ostrą rozedmę płuc. W danym przypadku śmierć nastąpiła natychmiast wskutek bezpośredniego zadziałania na ośrodki mózgowe, gdy tymczasem śmierć przez prąd o mniejszem napięciu uważa autor za następstwo stałego skurczu mięśni oddechowych i uduszenia.

D r a p i e r. **Samobójstwo przez postrzał karabinu kawaleryjskiego.** Autor podaje przypadek samobójstwa przez postrzał z karabinu, który mógł budzić podejrzenie morderstwa u 50-letniego alkoholika, dotkniętego gruźlicą. Wlot znajdował się po stronie lewej w okolicy lędźwiowej, wylot z przodu klatki piersiowej po stronie lewej między 7 i 8 chrząstką żebrową. Samobójca oparł się lewą stroną pleców o lufę i zgiął się ku tyłowi, pociągając za kurek lewą ręką. Kula przebiła sufit i utkwiła w dachu, kierunek więc postrzału był od dołu ku górze.

F l o r e n c e. **O używaniu kwasu trójchlorooctowego w wykrywaniu alkaloidów we wnętrznościach.** Zamiast alkoholu, używanego w klasycznych metodach Stass Ottona lub Dragendorfa, który jednak rozpuszcza tłuszcze i lipoidy, przeszkadzające dalszym reakcjom, radzi autor używać kwasu trójchlorooctowego. Technika wykrywania jest następująca: 200 gr. wnętrzności jak najdrobniej posiekanych wraz z kwasem trójchlorooctowym umieszcza się na łaźni wodnej w temperaturze 60—65° na 5 godzin, potem przesącza, w przesączu po zalkalizowaniu poszukuje się alkoloidów, wyciągnąwszy je chloroformem lub eterem. Zalety tej metody: prostota, oszczędność czasu i odczynników.

D' A l l o n e s. **O impulsach z zewnątrz.** Impulsy, pochodzące z zewnątrz, od obcej woli, są, według autora, częściowym objawem syndromu polifrenicznego, którego głównym objawem są: fałszywe spostrzeżenia o charakterze halucynacyj lub bez tego charakteru, gonitwa myśli, niepoznawanie osób, samego siebie, polimimia i brak prawdziwej demencji. Impulsy, pochodzące z zewnątrz, dzieli autor na: 1 prowadzące do rozmów ze sobą, 2. prowadzące do czynności bez znaczenia, śmiesznych, niemoralnych i kryminalnych. Schemat Magnan-Legraina da się tylko częściowo zastosować do polifrenicznych impulsów z zewnątrz. Polifrenik ulega stale tym impulsom bez oporu i djagnostyka tych objawów wystarcza do wykluczenia wszelkiej odpowiedzialności.

Szulisławska (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Lekarz Wojskowy. Nr. 10. O. P i l e c k i: Pierwszy samolot sanitarny W. P. — L. K a r w a c k i: O czerwiowiości ze stanowiska anafilaktycznego. — M. L i k i e r n i k: O wskazaniach do leczenia jaglicy wogóle i stosowania karborundu do szlifowania spojówki w rozroście brodawek. — K. K a r a f f a - K o r b u t: Przyczynek do metodyki badania tkanin odzienia wojskowego. — H. M a c i ą g: Polyserositis tuberculosa acuta. — J. F e g l e r: O odczynie ponukleinowym płytek krwi. — W. D r o ż d ż: Dwa przypadki zaburzeń naczynio-ruchowych kończyn o niezwykłym przebiegu. — M o n t r y m - Z a k o w i c z: O pierwszym falowym ataku gazowym Niemców na froncie rosyjskim.

Nr. 11. St. P i e ń k o w s k i: Ruch, jako objaw kliniczny w świetle zdobyczy lat ostatnich w dziedzinie anatomji, fizjologji i neuropatologji. — W a j s: O autosputowakcynacji przy gruźlicy płucnej. — W. Z i e n k i e w i c z: Sprawa padaczkowych w wojsku. — K. N o i s z e w s k i: Ujednostajnienie oznaczania ostrości wzroku z uwzględnieniem specjalnem metod stosowanych w wojsku.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 11. H. H i g i e r: Pogranicze padaczki. — H. L a u d a u i J. H e l d: O stanach chorobowych z hypobilirubinemją. — I. Z w o l i ń s k i i R. T r u s z k o w s k i: W sprawie badań nad kwasotą pochwy kobiecej. — B. J o c h w e d e s: Przypadek schorzenia układu nerwowego w przebiegu szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie. L. P i e t k i e w i c z: Nowy sposób barwienia osadów moczowych. St. K r a m s z t y k: Z dziedziny zboczeń rozwojowych. — N. Z y l b e r l a s t - Z a u d o w a: Przypadek zespołu czuciowo-odżywczego pochodzenia mostowego. — L. J u s t m a n: O zaparciu nawykowem w świetle współczesnych poglądów i teoryj. H. S i m o n: Zapiski lecznicze. — St. I w a n i c z: Organizacja walki z chorobami w Jugosławji.

Rozprawy biologiczne z zakresu Medycyny Weterynaryjnej, Rolnictwa i Hodowli. T. I. Zesz. IV. W. N o w i c k i: Odmy pęcherzykowe narządów u ludzi i zwierząt. — K. M a l s b u r g: Badania genetyczne nad świnią zrostoracicową. — J. G ó r s k i

i S. Fiedlerówna: Pokład — kwestja oczyszczania roli z nasion i chwastów. — J. Cerveny: O odczynie aglutynacyjnym Forneta. — L. Drius: Praktyczna wartość metod serologicznych dla tłumienia zarazy płuc u bydła. — H. Bant: Uwagi do morfologji mięśni okołoobojczykowych u człowieka i zwierząt ssących. — S. Czerski: Studja nad rozwojem chrząstki. — S. Wójcicki: Nieco o torfowiskach w dorzeczu Stryja i Łomnicy.

Przyroda i Technika Nr. IX: A. Sabatowski: Zagadnienia lekarskie w badaniach nad przyrodą Polski. — J. Paczowski: Kartka z historji fitosocjologji. — St. Hiller: Narkoza. — J. Stalony-Dobrzański: Czy chemja przestanie być nauką doświadczalną.

Zdrowie. Nr. 11. 1924. A. Kuhn: Zadania Rządu, samorządu i społeczeństwa w dziedzinie zdrowia publicznego. — P. Gantkowski: Rzut oka na dzieje i znaczenie Tow. higjenicznego. — A. Mackiewicz: O ogólnym stanie rzeźni w Rzeczypospolitej Polskiej. - Piotrowski: Zasady zaopatrywania miast w wodę zapomocą wodociągów. — W. Dobrzyński: Nowa ustawa mieszkaniowa w Hiszpanji.

Przemysł chemiczny. Nr. 11-12. 1924. T. Kuczyński: O adsorbcji. — T. Chmura: Kilka uwag do artykułu Dra Suknarowskiego i inż. Wandycza pod tytułem: »Z doświadczeń nad destylacją ropy na wielkich powierzchniach«. — W sprawie cukrowniczej stacji doświadczalnej w Politechnice warszawskiej. — Przemysł chemiczny we Francji po wojnie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 października 1924.

Przewodniczy prof. Majewski.
Obecnych 71 członków.

Po odczytaniu protokółu z posiedzenia ostatniego zawiadamia przewodniczący, że dnia 7. IX. 1924 odbył się w Lublinie zjazd lekarzy z okazji 50 letniego jubileuszu istnienie Lubelskiego Tow. lekarskiego. Imieniem Krakowskiego Tow. lekarskiego wysłał przewodniczący depeszę gratulacyjną.

Następnie wygłasza przewodniczący wspomnienie pośmiertne o zmarłych członkach Towarzystwa: ś. p. prof. W. Jaworskim, kol. O. Langu i kol. B. Steinbergu.

Przyjęto na członka Tow. kol. Niewolę Jana.

1. Kol. Stanisław Hiller wygłosił odczyt p. t. »**O narkozie**«. W odczycie swym prelegent scharaktery ował uśpienie z teoretycznego punktu widzenia. Wskazał najpierw na to, że narkotyki nie stanowią żadnej wspólnej grupy chemicznej i posiadają podobny tylko wynik działania. Działanie ich polega na odwracalnem porażeniu przedewszystkiem wrażliwości żywej materji, rozciąga się jednak i na niektóre procesy, odbywające się poza organizmem, n. p. na działanie enzymów i katalizatorów. Usypiające działanie na żywą materję składa się z 2 faz: okresu podniecenia i okresu porażenia narkotycznego. Wpływ uśpienia spostrzegać można na wszelkich funkcjach komórki roślinnej i zwierzęcej, niewyłączając rozrodu i rozwoju. Działanie to jest nierównomierne, a przez to i nierównoczesne, jeśli chodzi o różne czynności tej samej komórki, różne komórki i różne narządy ustroju. Ta cecha została wyzyskana dla celów lekarskich i dla badań biologicznych i dla tych narkoza stała się użyteczną analityczną metodą. Metoda ta ma duże znaczenie w badaniach nad czynnością serca, środkowego i obwodowego układu nerwowego. Ważną, z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego, jest sprawa dynamicznego rozdziału narkotyków w ustroju. Badania nad nią wykazały przedewszystkiem, że równowaga koncentracji narkotyku w ustroju zwierzęcia ciepłokrwistego ustala się dopiero po kilku do kilkunastu godzinach od rozpoczęcia narkozy. Z spostrzeżeń tych wynika ważność przestrzeganych w chirurgji zasad: 1) by narkotyk podawać jak najmniejszemi dawkami i 2) by narkoza trwała jak najkrócej.

Następnie omówił prelegent najważniejsze nowoczesne teorje uśpienia, a mianowicie: koagulacyjną, asfiksyjną, lipoidalną, adsorbcyjną i wreszcie teorję Weintersteina, biorącą za punkt wyjścia zjawisko obniżania przez narkotyk przepuszczalności zewnętrznej warstwy plazmy komórkowej w stanie czynnym komorki. Teorje te, pomimo swego więcej hipotetycznego charakteru, przyczyniają się nietylko do poznania mechanizmu narkozy, lecz i mechanizmu żywej materji.

Posiedzenie naukowe w dniu 15 października 1924 r.

Przewodniczy prof. Majewski.
Obecnych 139 członków.

Odczytano protokół posiedzenia z dnia 8 listopada 1924 r. Kol. doc. Glatzel wygłosił odczyt p. t. »**Spostrzeżenia z pobytu we Francji**«.

Dyskusji po odczycie nie było.

Dr. *Pawlas*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIX. Posiedzenie naukowe w dniu 7 listopada 1924 r.

Przewodniczy kol. Zalewski.
Obecnych 97 członków.

1. Prezes Zalewski zawiadamia o XII. Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w lipcu 1925 r. Sekcja Medycyny Wojskowej zaprasza wszystkich lekarzy W. P. do zgłaszania referatów na ten Zjazd.

2. Kol. Hilarowicz przedstawia przypadek **gruźlicy żołądka** u chorej 40 letniej, operowanej na klinice chirurgicznej we Lwowie. Gruźlica dawała obraz zwężenia odźwiernika, z powodu którego wycięto odźwiernik wraz z całą częścią odźwiernikową dla zmniejszenia wielkiej kwasoty. Badanie części wyciętej wykazało typowe owrzodzenia gruźlicze, rozrzucone wzdłuż obu krzywizn, okazujące jednak wielką dążność do bliznowacenia (pokaz preparatów drobnowidowych). Mówca omawia kazuistykę i postacie anat.-patologiczne tego rzadkiego schorzenia, oraz zwraca uwagę na pewne szczegóły w przedstawionym przypadku, mianowicie na klinicznie pierwotny charakter, względnie dobre rokowanie w porównaniu z datami spotkanemi w piśmiennictwie, zajęcie przez proces gruźliczy górnego odcinka dwunastnicy i krzywizn oraz okoliczność, że, mimo wysokiej kwasoty, owrzodzenia gruźlicze nie dały początku wywodom trawiennym, lecz przeciwnie okazywały dążność do szybkiego gojenia się i zarastania.

W dyskusji kol. Pisek wskazuje na to, że dawniej należały gruźlicze wrzody żołądka do rzadkości. P. przed wielu laty — może pierwszy w piśmiennictwie polskiem — opisał w »Przeglądzie lekarskim« przypadek wrzodu gruźliczego. Wrzód ten znajdował się poniżej małej krzywizny żołądka i drążył do warstwy podsurowiczej. Za życia wrzodu nie rozpoznawano. Preparat pokazał na posiedzeniu Lwowskiego Tow. lekarskiego.

Kol. Ostrowski operował 2 podobne przypadki wrzodów gruźliczych żołądka i drugi guz serowaty żołądka.

3. Kol. Falkiewicz przedstawia **dwa przypadki, nagminnego zapalenia mózgu z czynnościami przymusowemi, a referuje trzy bez chorych.** U trzech chorych występuje napadowo przymusowe patrzenie w pewnym kierunku, w jednym nadto myśl przymusowa pod postacią pisania w myśli ręką »Zdrowaś Marjo«. Dwa przypadki z obserwacji Rothfelda odznaczają się niemożnością spoczywania. Obaj chorzy ostatni popelnili samobójstwo (całość przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Fels przypomina przypadek, który, rozpoznawany wówczas jako *paral. agitans* miał podobne zaburzenia. Kol. Domaszewicz podnosi zaburzenia psychiczne, które obecnie coraz częściej występują i zwracają uwagę w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Zwłaszcza zmiana charakteru u młodych osobników. Na ruchy przymusowe z dobrym skutkiem stosuje D. sugestję i hipnozę. Kol. Reich wspomina o podobnym przypadku ze swej obserwacji. Kol. Pisek podnosi trudności rozpozn wcze, jakie nasuwały przed kilku laty pierwsze sporadyczne przypadki »parkinsonismu«. Wspomina o chorym, który zgłosił się z tem, że nie może leżeć na prawym boku; pozatem miał on wszystkie cechy »parkinsonismu«.

Kol. Rothfeld zastanawia się nad zaburzeniami, które wystąpiły w 2-ch ostatnich przypadkach, przytoczonych przez mówcę, a polegających na niemożności spoczywania. Sądzi, że system pozapiramidowy umożliwia przez odpowiednią regulację napięcia mięśniowego zajmowanie pozycji ciała, jaka jest konieczna przy spoczynku, w szczególności w leżeniu, po części także w siedzeniu i przy staniu. Ten ośrodkowy mechanizm może być oddzielnie zaburzony, czego wynikiem jest to, że chory taki jest ciągle w ruchu; nadto może zaburzenie tego mechanizmu spowodować ruchy mimowolne, występujące tylko w czasie spoczynku, a zmniejszające się przy ruchach.

4. Kol. Węgłowski przedstawia **przypadek ropnia mózgu.** Zdjęcie czaszki Röntgenem wykazało dokładnie miejsce i wielkość ropnia. Zabieg operacyjny polegał na wstawieniu drenu, który potem codziennie zmieniano. W ostatniem piśmiennictwie francuskiem wspominają autorowie, że przy guzach i ropniach można na płycie roentg. uzyskać cienie.

5. Kol. Umieszowski przedstawia chorego po **nephrektomji z powodu rany postrzałowej nerki prawej.**

Chory przybył na 3-ci dzień do Szpitala Okręgowego z t^0 39', z tętnem 108; brzuch jest miernie napięty i bolesny. Na linji sutkowej prawej, pomiędzy 7 i 8-em żebrem, stwierdza się otwór wlotowy kuli. W okolicy lędźwiowej na linji łopatkowej prawej wymacuje się kulę w tkance podskórnej. Mocz krwawy z dużą ilością czerwonych ciałek krwi. Stolce codziennie normalne. Wymiotów nie było. Rozpoznano postrzałowe uszkodzenie nerki prawej z wylewem krwawym do jamy brzusznej. Zastosowano mleczną ścisłą djetę, syfonowe lawatywy, okłady na brzuch i ergotynę podskórnie. Po kilku dniach objawy podrażnienia otrzewnej ustąpiły, natomiast wzmógł się krwiomocz. Stosowanie dożylne 10% roztworu soli kuchennej dało wynik krótkotrwały i przemijający. Krwawienie się potęgowało, skrzepy zatykały cewkę moczową. Wobec wzrastającej anemji i długotrwałych bolesnych parć, gdy leczenie zachowawcze pozostało bez wyniku, zdecydowano się na zabieg operacyjny. Cięciem Bergmann-Izraela dotarto do nerki i po wy-

osobnieniu jej z torebki tłuszczowej okazało się, że górny biegun nerki na szerokiej przestrzeni jest zniszczony, o brzegach rany strzępiastych, wiotkich. Szew głęboki nerki, względnie resekcja, były niewykonalne, wobec czego nerkę usunięto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Na 8-my dzień chory wstał z łóżka. Mowca pokazuje preparat wyciętej nerki, podnosząc rzadkość przedstawionego przypadku rany postrzałowej nerki bez uszkodzenia innych sąsiednich narządów; przytacza statystyczne dane:

Według Küstera do Bazyiijskiej kliniki pośród 30.000 chorych przybyło tylko 10 uszkodzeń nerki, z tego 9 zamkniętych + 1 otwarta; według Herzoga na 7.805 sekcji, dokonanych w Instytucie anatomo-patologicznym, stwierdzono 16 zamkniętych uszkodzeń nerki + 1 otwarte. Z całego światowego piśmiennictwa Küster zebrał tylko 43 przypadki otwartych uszkodzeń nerki. Otis opisał w swym raporcie o wojnie niemiecko-franc. 15 przypadków ran postrzałowych nerki.

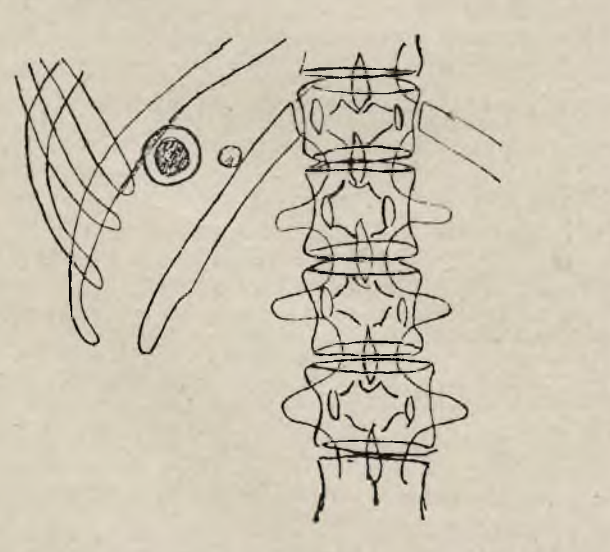
Statystyka z materjału wojny światowej o ilości i wyniku ran postrzałowych nerek jeszcze nie jest ogłoszona. Z drobnych jednak prac w tej kwestji wynika, że prawa nerka ulega częściej uszkodzeniu, aniżeli lewa.

W dyskusji kol. Schramm podkreśla konieczność rychłego zabiegu operacyjnego przy znaczniejszem krwawieniu z uszkodzonej nerki dla oszczędzenia choremu sił i cierpień. Kol. Węgłowski zwraca uwagę, że wlot i wylot znajduje się ponad miejscem, gdzie znajduje się górny biegun nerki. W. tłumaczy to tem, że chory w chwili wystrzału zrobił wydech i przez to nerka podeszła w górę.

6. Kol. Dobrzański pokazuje **przypadek ciała obcego, wydobytego tępym haczykiem Kiljana z rozgałęzienia tchawicy** ze skutkiem pomyślnym. Omawia sposoby wydobywania ciał obcych z tchawicy i statystykę operacyj udatnych.

W dyskusji kol. Zalewski uważa, że w każdym przypadku utkwienia ciała obcego w oskrzelach powinno się wykonać tracheotomję. Skutek jest pewniejszy, a sam zabieg dla chorego jest niewinny.

7. Kol. E. Meisels: **Przypadek kamicy żółciowej, wykazanej zdjęciem roentgenowskiem.** Djagnostyka roentgenowska kamieni żółciowych nie daje tak ścisłych i pewnych wyników, jak djagnostyka roentgenowska kamieni nerkowych. Podczas, gdy djagnostyka roentgenowska kamieni nerkowych wykazuje ledwie 2-3% pomyłek, tak, że jej wyniki, zarówno ujemne, jak dodatnie, zupełnie słusznie mogą być podstawą postępowania leczniczego, to wyniki badań roentgenowskich kamieni żółciowych są przyjmowane dotychczas jeszcze z wielką rezerwą. Niemieccy roentgenologowie przyjmują, że tylko w 5—10% przypadków badanych można badaniem roentgenowskiem uzyskać dodatni wynik. Naturalnie tylko dodatnie wyniki mają znaczenie, ujemne wogóle nie są brane w rachubę. Przyczyna, dla której badanie roentgenowskie tutaj zawodzi, leży przedewszystkiem w składzie chemicznym tych kamieni. Złożone przedewszystkiem z cholesteryny absorbują one mało promieni roentgenowskich, a nawet mniej, niż otaczające je tkanki. Następnie położone wśród jednolicie gęstego narządu, w najszerszym przekroju ciała, muszą dawać na płycie roentgenowskiej cień bardzo nikły, ledwie widoczny. Dlatego też technika odgrywa tutaj bardzo wielką rolę. Najlepszym dowodem jest to, że amerykańscy roentgenologowie posiadający bardzo czułe filmy i odpowiednie blendy, twierdzą, że wykazanie kamieni żółciowych udaje im się 50—60% przypadków. W przypadku, który M. przedstawia, wykazało badanie roentgenowskie 2 kamienie żółciowe o charakterystycznej dla nich współśrodkowej budowie z jądrem o cieniu niezbyt gęstym (cholesteryna), oto-



czonym gęściejszym brzegiem i pierścieniami (złogi soli wapiennych). Te 2 kamienie występują tutaj, jako cienie okrągławe. jeden prawie wielkości orzecha włoskiego, drugi nieco mniejszy od orzecha laskowego w prawym 11-tym przestworzu międzyżebrowym. To bezpośrednie wykazanie kamieni żółciowych pozwoliło w przypadku tym ustalić rozpoznanie, które aż dotąd było zupełnie niepewne. Przypadek ten dotyczy 35-letniej kobiety, dobrze odżywionej, skarżącej się na bóle w prawem podżebrzu, stale występujące po błędach djetetycznych od 6-ciu lat. Bóle występują kilka razy do roku w atakach, trwających 5—6 tygodni. Badanie chorej wykazuje: lekką bolesność w prawem podżebrzu, lekko powiększoną wątrobę, woreczek żółciowy niemacalny. Badanie chemizmu żołądka niewykazuje żadnych zmian. Badanie roentg. przewodu pokarmowego wykazuje zupełnie prawidłowe stosunki postaciowe i ruchowe, a w szczególności nie można wykazać żadnego zniekształcenia, ani też przemieszczenia opuszki dwunastnicy. Podczas 3 tygodniowego pobytu chorej na klinice miała chora trzy razy zwyżkę ciepłoty do 37·2° i 2 razy wypadła próba benzydynowa w stolcu dodatnio przy bezmięsnej djecie. Na podstawie tych danych nie można było postawić pewnego rozpoznania i dopiero bezpośrednie wykazanie kamieni na zdjęciu roentgenowskiem wyświetliło istotę choroby. Operacja, wykonana przez prof. Schramma, wykazała woreczek żółciowy zupełnie schowany pod wątrobą, długi na 17 cm, o zgrubiałych ścianach, zawierający, obok dwuch dużych kamieni (widocznych na zdjęciu roentg.), jeszcze 4 małe kamienie. Te 4 drobne kamienie składają się prawie wyłącznie z cholesteryny. Na zdjęciu roentg samego woreczka żółciowego dają one cień ujemny t. zn. przepuszczają bardziej promienie roentg., aniżeli otaczające je ściany woreczka. Natomiast już na zdjęciu wykonanem w ten sposób, że pomiędzy woreczkiem żółciowym, a płytą fotograficzną umieszczono płytkę wosku grubości 2 cm, rozpraszającą promienie roentg. w równym stopniu, jak tkanka ludzka o podobnej grubości, kamienie te są już prawie niewidoczne. Wobec tego więc zrozumiałem jest, że wykazanie kamieni czysto cholesterynowych jest u osób tęgich w dzisiejszym stanie techniki narazie niemożliwe.

W dyskusji przemawiali kol. Schramm i kol. Pisek.

Kol. W. Janusz wygłasza: **Uwagi anatomiczne nad patogenezą ropni przy i okołonerkowych przy uwzględnieniu materjału sekcyjnego zakładu Anatomji patologicznej U. J. K. we Lwowie.** Nowoczesna anatomja patologiczna dąży do przekroczenia obrębu anatomji opisowej, do jej ożywienia i zbliżenia do fizjologji i kliniki, wyodrębniając nawet dział anatomji patologicznej żywego człowieka. Jednym z tematów tego działu jest sprawa pochodzenia ropni przynerkowych, którą mówca zainteresował się jeszcze z czasów pobytu w szpitalu. Zastanawiając się nad temi przypadkami oraz przypadkami sekcyjnemi, które wykonał w Zakładzie lwowskim, i poszukując za odnośnem piśmiennictwem, natrafił na pracę, które ukazały się w pracowni prof. Węgłowskiego i dlatego zwrócił się mówca z prośbą do niego o łaskawe uzupełnienie uwag anatomicznych uwagami klinicznemi. J. kreśli rozwój pojęć zapalenia przy i okołonerkowego, opierający się na poznaniu anatomji topograficznej okolicy lędźwiowej, pokazuje dwie tablice schematyczne, przedstawiające przekrój poprzeczny przez dolne bieguny nerek i przekrój pionowy przez nerkę lewą oraz nowo-rodka z nastrzykanemi naczyniami chłonnemi tkanki przynerkowej. Przy omawianiu stanów zapalnych okolicy przynerkowej mówca pokazuje preparat anatomiczny znacznego rozrostu torebek tłuszczowych, który udało mu się uzyskać na sekcji, wykonanej w dniu odczytu swego. Po omówieniu 13 przypadków, zebranych z protokołów sekcyjnych z lwowskiego Zakładu anatomji patologicznej, opierając się na obecnym stanie wiadomości anatomicznych szerzenia się spraw zapalno-ropnych okolicy lędźwiowej, wyróżnia mówca, zgodnie z bogatą kazuistyką kliniczną, 3 grupy: zapalenie tkanki przykiszkowej, zapalenie tkanki właściwej zaotrzewnowej i zapalenie tkanki przynerkowej.

Z powodu spóźnionej pory wykład kol. Węgłowskiego odłożono na następne posiedzenie.

Dr. *Tadeusz Falkiewicz*, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji.
Sekcja Rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 listopada 1924 r.
Przewodniczący: prym. dr. Hinze.
Obecnych 20 członków.

1. Kol. Hinze: Przedstawia okazy anatomo-patologiczne, uzyskane w drodze chirurgicznej:

a) **Nowotwór krtani** mężczyzny lat 50, wychodzący z lewego więzadła, zajmujący środek krtani, część przełyku i przechodzący na stronę prawą. Zabieg operacyjny wykonano w znieczuleniu miejscowem; wnętrze krtani i przełyku znieczulono 1% roztworem kokainy (wacikowanie). Nowotwór wymagał usunięcia ³/₄ krtani i zajętej części przełyku. Tchawicę wszyto w dolny kąt rany. Odżywianie zgłębnikiem jest nieco utrudnione. Przy wprowadzaniu go ustami trzeba przez ranę kierować zgłębnik do przełyku. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie, odpowiadające wybitnej przerostowej postaci gruźlicy.

b) **Nowotwór pęcherzyka nasiennego** osobnika lat 50 wielkości myszy. Nowotwór usunięto po nacięciu błony śluzowej odbytnicy i odsunięciu otrzewnej ku górze. Poprzednio rozsze-

rzono zwieracz odbytu. Droga obrana dała dobry dostęp i możność usunięcia guza — bez powikłań przyrannych; wymaga ona atoli dalszych prób, by ją można było polecić, jako sposób operowania pęcherzyków nasiennych. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie gruczolakoraka brodawczakowego.

2. Przedstawiono **ozdrowieńców po zabiegach chirurgicznych**:

a) Trzy osoby po **operacji wola sposobem Kochera**. Jedna z operowanych liczy 50 lat;

b) operowaną lat 17 na **ropne zapalenie wyrostka** w 3-cim dniu choroby. Ropa wydziela się nader obficie drenem założonym w głąb rany;

c) chorą lat 50, po **usunięciu wielkiego włókniaka macicznego** drogą pochwową. U chorej tej przed zabiegiem wystąpiło zaparcie moczu i kału. Zabieg sam rozpoczęto otwarciem jamy brzusznej i uwolnieniem pęcherza moczowego ze zrostów z siecią. Pęcherz moczowy sięgał powyżej pępka i łączył się prawie z krzywizną większą żołądka. Po przecięciu zrostów silnie napiętych opadł on zaraz do miednicy małej. Tam też przytwierdzono go kilkoma szwami. Usunięcie w dalszym ciągu guza i uwolnienie części rodnych okazało się z powodu zrostów niewykonalnem. Chora po zabiegu mogła tego samego już dnia samoistnie oddawać mocz. Po trzech tygodniach przerwy, usunięto guz wielkości głowy dziecka kawałkowaniem; po rozcięciu tylnej powierzchni macicy i p otwarciu tylnego sklepienia. W toku zabiegu podwiązano obie tętnice maciczne; do tętnic zaś jajnikowych dostęp z powodu zrostów był niemożliwy. Całą jamę po usunięciu guza i długiej na 8 cm szyjki macicznej wytamponowano. Przebieg dobry;

d) chorego lat 70 z **przetoką pęcherzową**. Przetokę założono, jako wstępny akt do usunięcia przerosłego stercza, sposobem Freyera. Mimo dobrego przebiegu leczenia postępuje mówca tak tylko w wyjątkowych przypadkach. Dwurazowy zabieg ma bardzo mało zalet — a wiele stron ujemnych. Do tych ostatnich należy zaliczyć skurczenie się pęcherza, niekiedy dochodzące do monstrualnych rozmiarów, tak, że chorzy mogą zaledwie 30 cm³ moczu w nim pomieścić;

f) chorego lat 18, u którego po **usunięciu wola** przed pół rokiem wystąpiły **objawy gwałtownej duszności**. Chory ten był już poprzednio leczony w szpitalu zastrzyknięciami fibrolizyny z dobrym wynikiem. Niestety zbyt wcześnie poszedł do domu. W toku operacji, wykonanej obecnie, okazało się, że tchawicę pokrywała warstwa grubości 1 cm, zbitej tkanki łącznej. Tę twardą i niepodatną tkankę łączną wytworzyły, zdaniem mówcy, zbliznowaciałe mięśnie: mostko-gnykowy i barkowo-gnykowy oraz platysma. Mięśnie te nie mają prawie żadnego znaczenia fizjologicznego, a po przesunięciu ich podczas operacji wola łączy się je jedynie w celach kosmetycznych. Mówca zapytuje się, czy nie lepiej byłoby zaniechać tego łączenia i pozostawić je swemu losowi, jak to czynił zawsze B ü d i n g e r we Wiedniu. Przez kilka pierwszych lat postępował mówca tak samo i nie spostrzegał nigdy ucisku na tchawicę, obecnie zaś zeszywa mięśnie, ale już kilkakrotnie spostrzegał objawy uciskowe;

g) chorego po **maszynowem zgnieceniu ręki**. Mimo otwartej amputacji rozwinęła się zgorzel ramienia, i dopiero wyłuszczenie w stawie barkowym wstrzymało postęp zakażenia;



h) chorą z **przerzutem nowotworowym po raku piersi** w postaci feza w okolicy ciemienia. Przerzut ów pojawił się w rok po odjęciu sutka chorego; równocześnie z małym nawrotem w miejscu operacji. Ponadto wystąpiło lewostronne połowicze porażenie. Przerzut ów wychodzi prawdopodobnie z zatoki żylnej strzałkowej i rozwija się w obu kierunkach.

3. Kol. I n f e l d omawiał **praktyczną stronę stosowania insuliny** na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia.

Związek Lekarzy P. P. Towarzystwo Lekarskie łuckie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 30 maja 1924 r.

Przewodniczy: kol. M i ł a s z e w s k i.

Obecnych 11 członków.

1. Kol. M i n i n z o n pokazał a) preparat **raka sutka**, który został usunięty sposobem Kocher'a razem z powięzią m. piersiowego i gruczołami chłonnemi. Badanie histologiczne guza i gruczołów stwierdziło rozpoznanie. Przypadek dotyczy chorej 54 lat;

b) preparat części ściany przedniej szczęki górnej z **torbielem zębowym**, usunięty u chłopca 14 letniego (opis przypadku w poprzednim numerze P. G. L.);

c) **worek po operacji uwięzgniętej pachwino-mosznowej przepukliny** prawostronej, której zawartością była ślepa kiszka i wyrostek robaczkowy. Chory 67 lat; przepuklinę ma od kilkudziesięciu lat, częste uwięzgnięcia z następowem odprowadzeniem. Operowany w znieczuleniu miejscowem (nowokaina i adrenalina) sposobem Bassini'ego; z powodu tego zaś, że otwór przepuszczał trzy palce, dodano przyszycie mięśnia prostego do więzadła pachwinowego (spos. Węgłowskiego). Rana zagoiła się przez rychłozrost. Wszystkie przypadki kol. M. operował w Łuckim Izraelickim szpitalu.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 18 lipca 1924 r.

Przewodniczy kol. M i ł a s z e w s k i.

Obecnych 14 członków.

1. Kol. B e j l i n pokazał i omówił przypadek **zniekształcenia czaszki** u mężczyzny — czaszka jest znacznie wydłużona, rozmiar poprzeczny skrócony, kości schodzą się pod kątem prostym, tworząc grzebień w całej długości czaszki.

2. Kol. W o j n i c z omówił **przypadek ukąszenia przez żmiję** mężczyzny dorosłego lat 43, urzędnika leśnego, zupełnie zdrowego i dziedzicznie nieobarczonego. Stało się to na polowaniu w lasach Siekierzyckich na Wołyniu. Chory na nogach miał postoły i cienką onucę, po ukąszeniu poczuł mocne pieczenie. Żmija skryła się w trawie. Chory natychmiast rozzuł się i palcami wycisnął krew z nieznacznej ranki; stopa natychmiast obrzękła i skóra przyjęła kolor granatowy. Chory udał się do domu odległego o 2 klm. W 1½ godziny już był u felczera, który podwiązał mu nogę pod kolanem; zrobił zastrzyk kofeiny na piersiach i skierował do szpitala w Łucku, odległego o 12 klm. Niebawem zaczęły się bardzo silne wymioty i biegunka; według słów towarzyszącej choremu żony biegunka i wymioty koloru zielonego biły fontanną. Objawy takiej choleryny powtórzyły się 6 razy, zanim przybył do szpitala. W szpitalu w 3 godziny po ukąszeniu znaleziono chorego w stanie zapadu, oczy zapadnięte, skóra ziemista, głos cichy, tętno 110, ciepłota 37·8. Tętno miękkie i źle wyczuwalne. Cała kończyna dolna spuchnięta, do podudzia fjoletowa, w okolicy ranki, która się znajdowała na wewnętrznej powierzchni stopy pod stawem skokowym czerwonawe plamy. Leczenie polegało na zastrzyku w okolicy ukąszenia 2% rozczynu nadmanganianu potasu ($KMuO_4$) w ilości 8 cm³ do oddechania tlen i pod skórę kamfora. Na nogę kompres z wódki. Na drugi dzień t° spadła do 36.5, ogólny stan poprawił się, tętno 86, wieczorem ciepłota podniosła się do 37., na 3-ci dzień spadła do 36.8 i już więcej nie podniosła się. Po tygodniu chory wypisał się. Obrzęk nogi trwał 6 tygodni do zupełnego wyzdrowienia.

Na następnem posiedzeniu kol. W. przedstawił 2 okazy żmij wołyńskich, przysłanych przez chorego; — jedna szara (*vipera berus*), a druga czarna (*vipera prestor*).

W dyskusji przytoczony był przypadek ukąszenia przez żmiję chłopca 12 letniego, którego obserwowano w Szpitalu Wojskowym z objawami choleryny, podobnie jak w danym przypadku.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 3 października 1924 r.

Przewodniczy kol. F. M i ł a s z e w s k i.

Obecnych 13 członków.

1. Kol. K r a s z o w s k i omówił przypadek, dotyczący dziecka 7 lat ze wsi Cicha Wola, z Grodzieńskiej z **muchami w noso-gardzieli** (*musca domestica*).

2. Kol. J a s i ń s k i wygłosił sprawozdanie z **II. Zjazdu Okulistów Polskich**, który odbył się we Lwowie 18 i 19 września b. r. *M. Jasiński*, sekretarz.

Zjazd w sprawie walki z rakiem.

Polski Komitet do zwalczania raka, mający siedzibę w Warszawie, zwołał do stolicy Zjazd na dzień 14. XII. ub. r. dla omówienia i zorganizowania w całej Polsce walki z rakiem. Dotąd działalność Polskiego Komitetu dla zwalczania raka ograniczała się w znacznej części do Warszawy. Komitet zdawał

sobie jednak jasno sprawę z konieczności rozszerzenia tej akcji na całą Rzeczpospolitą. W tym też celu zaprosił na Zjazd szereg osób ze świata lekarskiego z Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania i Wilna, a także z samej Warszawy. Doskonale zorganizowany Zjazd odbył posiedzenia w budynku Polskiego Towarzystwa higjenicznego. W posiedzeniu prócz członków Komitetu i wyżej wymienionych osób zaproszonych wziął udział przedstawiciel Gen. Dyrekcji Zdrowia dr. Kowalczewski, rektor Uniw. warsz. prof. Krzyształowicz, prezes Związku miast p. J. Zawadzki i inni.

Posiedzenie przedpołudniowe zagail prezes Komitetu p. Barylski, a następnie dr. Wejnert zdał sprawozdanie z dotychczasowej działalności Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Projekt organizacji ogólnopaństwowej do walki z rakiem przedstawił dr. Sterling-Okuniewski, prezes zaś p. Barylski omówił sprawę funduszów na walkę z rakiem i udziału Rządu w tychże funduszach. Referaty odnośne w oryginale umieścimy w numerze poświęconym sprawie walki z rakiem, na razie ograniczamy się tylko do krótkiego sprawozdania z przebiegu Zjazdu.

We wstępnej dyskusji przedstawili prof. Ciechanowski (Kraków), prof. Nowicki i doc. Bocheński (Lwów), dr. Marszyński (Łódź), prof. Władyczko (Wilno), prof. Gantkowski (Poznań) stan walki z rakiem (dane statystyczne, rozpoznawcze, lecznicze, badania naukowe, propagandowe) w poszczególnych dzielnicach Państwa. Z dyskusji tej okazuje się, że na polu zwalczania raka dotąd bardzo niewiele zrobiono, z czego też wynika konieczność zorganizowania walki tej i ujednostajnienia działalności na tem polu.

Na posiedzeniu popołudniowem rozwinęła się nader ożywiona dyskusja, przedewszystkiem na temat organizacji walki z rakiem. Wynikiem jej było zgodne domaganie się utworzenia podkomitetów w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu, Warszawie i Wilnie z centralą w Warszawie t. j. Polskim Komitetem już istniejącym. Podkomitety będą miały szeroką autonomję, utrzymują jednak stały kontakt z centralą. Będą się one mogły oprzeć o inne już istniejące instytucje, których cele są pokrewne. W dalszym ciągu omówiono sposoby zwalczania raka, poczem podniesiono konieczność przeprowadzenia statystyki choroby raka na obszarze całej Rzeczypospolitej. Przygotowania do przeprowadzenia tej statystyki są już w toku, kwestjonarjusze już częściowo zostały rozesłane do Wojewódzkich Urzędów Zdrowia, które zajmą się doręczeniem ich lekarzom z odpowiedniem pouczeniem. Kwestjonarjusze mają być oddane miedzy 1 a 10 marca 1925. Między innemi użalano się na brak odpowiedniego uposażenia w aparaty Roentgena i wogóle urządzenia dla stosowania energji promiennej, jak również dotacyj na badania naukowe. Uznano za konieczne utworzenie osobnych oddziałów lub sal dla chorych rakowych oraz powołanie do życia przychodni przeciwrakowych, choćby już w istniejących instytucjach sanitarnych, i w tym też celu uchwalono zwrócić się o pomoc do odpowiednich czynników rządowych i autonomicznych. Uznano też za potrzebne wciągnięcie do akcji zwalczania raka także Kasy chorych, instytucje ubezpieczeniowe i t. p. Zwrócono uwagę na znaczenie popularyzowania idei zwalczania raka pismem i słowem wśród ludności miejskiej i wiejskiej przy współudziale kleru i nauczycielstwa.

Wreszcie uchwalono zwrócić się do Komitetu gospodarczego XII. Zjazdu przyrodników i lekarzy, aby utworzono samodzielną sekcję dla spraw badania, zapobiegania i leczenia w chorobie raka.

Szczegółowe uchwały Zjazdu podamy w osobnym numerze.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Komitet organizacyjny XII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1925 w Warszawie. Sekcja pracy lekarskiej.

Prezydjum Sekcji zawiadamia, że ustanowiono następujące tematy programowe:

1) Stosunek lekarzy do prasy lekarskiej polskiej — ref. prof. Ciechanowski.

2) Sprawa reformy pism archiwalnych — ref. prof. Witołd Nowicki.

3) Sprawa reformy pism ogólno-lekarskich — ref. prof. Ciechanowski, koref. dr. Wierzbicki.

4) Propaganda piśmiennictwa lekarskiego polskiego zagranicą — ref. prof. Loth.

5) Błędy językowe w naszem piśmiennictwie lekarskiem — ref. prof. Wrzosek, koref. dr. Szumlański.

Dalsze zgłoszenia tematów pozaprogramowych przyjmuje prezydjum Sekcji (Polska Gazeta Lekarska. Redakcja miejscowa w Warszawie — Marszałkowska 73).

Przewodniczący Sekcji *W. Szumlański.*

VI. Zjazd internistów polskich.

VI. Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Warszawie jednocześnie z 12-ym Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich, jako sekcja, w pierwszej połowie lipca 1925 r.

Referaty główne: 1) Choroba Bright'a. referenci — M. Franke (Lwów), 2) Kamica żółciowa (wspólnie z chirurgami); referenci — Władysław Janowski i Antoni Leśniowski (Warszawa).

Zgłaszający referaty, wykłady etc. winni wraz ze zgłaszaniem nadsyłać krótkie streszczenie tych referatów, bez którego referaty nie będą wogóle przyjmowane. Referat nie może trwać dłużej, niż 15 minut, przemówienie w dyskusji — dłużej, niż 5 minut.

Kalendarz Zjazdów.

II. Kongres Lekarski francusko-polski odbędzie się w Paryżu od 23 do 28 kwietnia, b. r. Po kongresie nastąpią wycieczki do Vichy, Lyonu, Nancy i Strasburga. Informacji udziela sekretarz Towarzystwa Dr. Józef Zieliński Warszawa Wspólna 51 m. 6 od 6 do 8 godz. tel. 225-26.

VII. Kongres międzynarodowego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się w Rzymie 7, 8 i 9 kwietnia 1926 r.

Porządek dzienny: 1) Curieterapja raka macicy, 2 leczenie guzów mózgu, 3) chirurgja śledziony, 4) ropnie wątroby, 5) wyniki odległe leczenia padaczki Jacksona.

Przed i po kongresie odbędą się wycieczki do Medjolanu (1 kwietnia), Padwy (2 kwietnia), Wenecji (3 kwietnia), Bolonji (4 kwietnia), Florencji (5 kwietnia), Genui (13 kwietnia), Paryż (14 kwietnia), Turynu (15 kwietnia). Bliższych wiadomości udzieli p. S. Mayer, sekretarz Towarzystwa — Bruksela 72 rue de la Loi.

Francuskie Towarzystwo Neurologiczne zwołuje w setną rocznicę urodzin Charcota Zjazd neurologów w lipcu 1925 r. Tematy programowe: 1) Migrena — referenci V. Christiansen z Kopenhagi, Pasteur, Vallery Rabot z Paryża. 2) Choroba Charcot — referenci V. Neri—Bologne, Van Bagaert — Antwerpja i I. Bertrand — Paryż.

Międzynarodowy Kongres Radjologów i rentgenologów odbędzie się latem 1925 r. w Londynie.

Stowarzyszenie badaczy talasoterapji (L'Association dethalassothérapie) zawiadamia, iż następny Zjazd międzyronadowy tego towarzystwa odbędzie się w r. b. w Arcachon, od dnia 22 do 25 kwietnia. Informacyj udzielają: Dr. Léo, sekretarz generalny Towarzystwa, 50 av. du Président-Wilson, w Paryżu, oraz dr. Chauveau w Arcachon.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 8 października 1924 r.

W sprawie zażalenia dr. Z. we Lwowie przeciwko dr. L. we Lwowie przesłuchano obie strony, poczem wydano orzeczenie, że nieporozumienie wynikło z powodu fałszywego przedstawienia sprawy przez chorą i jej rodzinę i że nie znaleziono podstawy do zganienia postępowania dr. L.

Przyjęto do wiadomości »Przepisy o ogłoszeniach lekarskich«, nadesłane przez Izbę lekarską Warszawsko-Białostocką.

Rozpatrywano zażalenie aptekarza M. na dr. S. i aptekarza G. na lekarza A., następnie zażalenia dwóch kolegów z powodu zbyt wysokiego wymiaru podatków.

Wyrażono opinję co do kandydatek na posadę lekarki kontraktowej w Państwowej Szkole zawodowej żeńskiej we Lwowie.

Wreszcie przyznano jednorazowe zapomogi 3 wdowom i 1 sierocie po lekarzach w łącznej sumie 140 złotych.

Posiedzenie Zarządu w dniu 15 października 1924 r.

Na zasadzie pisma Związku dentystów lwowskich i Gremjum techników dentystycznych we Lwowie w sprawie a) partactwa, wykonywanego przez nieukwalifikowanych techników, b) firmowania przez lekarzy zakładów, prowadzonych nielegalnie przez techników dentystycznych — rozwinęła się dłuższa dyskusja, w której podniesiono, że sprawa pod a) nie podpada pod kompetencję Izby lekarskiej, zaś sprawy pod b) bywają przez Zarząd Izby traktowane z energją i konsekwencją, jednakże nie zawsze znajdują należyte załatwienie przez władze administracyjne. Przy tej sposobności jeden z członków Zarządu zakomunikował, że przygotowuje się projekt ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej i techniczno-dentystycznej i że niektórych postanowień projektu lekarze dentyści żadną miarą przyjąć nie mogą.

Następnie rozpatrywano kilka reklamacyj Kolegów przeciwko nakazom płatniczym Kasy ubezpieczeniowej przy Lwowskiej Izbie lekarskiej.

Z kolei debatowano nad porządkiem dziennym zebrania Rady Izby, zwołanego na dzień 26. X. 1924, w szczególności nad sprawą regulaminu Izby i zmiany regulaminu Kasy ubezpieczeniowej.

Wkońcu omawiano sprawę lokaty kapitałów Izby, a więc Zarządu Izby, Kasy ubezpieczeniowej i Kasy emerytalnej, która ma powstać przy Izbie.

Posiedzenie Zarządu w dniu 22 października 1924 r.

Przewodniczący zawiadamia, że na życzenie kilku członków Rady Izby zebranie Rady odroczono na dzień 2 listopada 1924 r. godz. 10.

Naczelna Izba lekarska zażądała opinji w sprawie utworzenia Kasy emerytalnej dla lekarzy oraz pozostałych po nich wdów i sierót. Przewodniczący odczytał przesłaną już opinję, którą przyjęto do wiadomości.

Według zawiadomienia Naczelnej I. lekarskiej Zarząd Związku Lekarzy P. P. powziął myśl ufundowania samolotu wojskowego. Myśl tę uchwalono popierać.

Jeden z Okręgów Związku Lekarzy P. P. uznał za niedopuszczalne, aby w Kasach chorych pełnili czynności lekarze powiatowi i lekarze wojskowi. Uchwalono solidaryzować się z tem zapatrywaniem ze względu na to, że lekarze powiatowi spełniają nadzór nad lecznictwem w Kasach chorych, a lekarzom wojskowym obowiązki służbowe są przeszkodą do spełniania czynności w Kasach chorych.

Organizacja lekarzy w D. użala się na zaleganie w Izbie sprawy przeciwko dr. B. Uchwalono odpowiedzieć, że sprawa znajduje się w Sądzie Izby.

Następnie rozpatrywano ponownie sprawę opłat lekarzy ordynujących w sezonie w Krynicy do Izby Lekarskiej Krakowskiej. Uchwalono, że lekarze tacy, mający stałe mieszkanie w obrębie Izby lwowskiej, będą wnosili pełną opłatę do Izby lwowskiej, skąd połowa będzie przekazywana Izbie krakowkiej.

Następnie przeprowadzono dalszy ciąg debaty nad sprawami porządku dziennego Zebrania Rady Izby, które będzie obradowało w dniu 2 listopada 1924 r.

W sprawie spółek lekarskich dla dostarczania chorym adresów lekarzy, jakie zawiązały się w Warszawie, postanowiono wypowiedzieć się przychylnie z tem zastrzeżeniem, że spółki takie przy dostarczaniu adresów będą uwzględniały wszystkich lekarzy danej miejscowości, czy danego okręgu, nie będą zaś popierały tylko pewne grona lekarzy.

Posiedzenie Zarządu w dniu 29 października 1924 r.

Na prośbę Koła aptekarzy lwowskich postanowiono sporządzić drukowany spis lekarzy lwowskich i pozalwowskich, należących do okręgu Izby.

Przyjęto do wiadomości opinję Izby Lubelskiej w sprawie organizacji biur pośrednictwa pracy dla lekarzy.

Następnie zastanawiano się nad sprawą niesprawiedliwego opodatkowania lekarzy, na co żali się jedna z organizacji zawodowych, i postanowiono wnieść stosowny memorjał do lwowskiej Izby skarbowej.

Powzięto uchwały w trzech przypadkach partactwa lekarskiego.

Następnie przeprowadzono dłuższą dyskusję w sprawie cennika lekarskiego. W przemówieniach zarysowały się dwa zdania, jedno, że należy oświadczyć się przeciwko ustanowieniu cennika, gdyż czynności lekarza nie dadzą się staryfować, drugie, że należy Radzie Izby przedstawić wyniki dyskusji i różne zdania, które się wyłoniły, i, nie stawiając wniosku, oddać sprawę Radzie do rozstrzygnięcia. Ostatnie zdanie w głosowaniu przeważyło; zarazem postanowiono czynić starania o nowelizację art. 21. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Wkońcu omawiano w dalszym ciągu regulamin Izby, tudzież przyjęto referat dr. M. w sprawie Kasy emerytalnej przy Lwowskiej Izbie lekarskiej, który ma być przedstawiony Radzie Izby.

ODEZWA.

W myśl uchwały pełnej Rady Izby, powziętej na nadzwyczajnem zebraniu z dnia 2-go listopada 1923, podwyższa się ubezpieczenie fakultatywne w Kasie ubezpieczeniowej na wypadek choroby Lwowskiej Izby lekarskiej do 10 zł. a ubezpieczenie obowiązkowe w tejże Kasie do 2 zł.

Wobec tego świadczenia będą wynosić 2—10 zł. dziennie, a wpłaty kwartalne obowiązkowe 8 zł. — dla wielokrotności 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, do 40 zł,

Podwyższenie obowiązuje od dnia 1-go stycznia 1924.

Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej. Dnia 22-go grudnia 1924.

Prezydent: *Papée.*

W sprawie Kasy ubezpieczeniowej na wypadek choroby.

Przeciw obowiązkowej przynależności do Kasy ubezpieczeniowej na wypadek choroby przy Lwowskiej Izbie lekarskiej wnieśli odwołanie dwaj koledzy N. N., które Zarząd Izby lwowskiej przesłał do rozstrzygnięcia Izbie Naczelnej w Warszawie, a ta wydała w tej sprawie następujące orzeczenie:

Do Izby lekarskiej we Lwowie.

Zarząd Naczelnej Izby lekarskiej na posiedzeniu w dniu 9. XII. b. r. rozpatrzył odwołania dra N. N. w N. i dra N. N. w N. przeciw wpisowi do Kasy ubezpieczeniowej na wypadek choroby i wydał orzeczenie następujące:

Uchwała w sprawie przymusowego ubezpieczenia członków Izby lwowskiej w Kasie pensyjnej dla wdów oraz ubezpieczenia na wypadek choroby zapadła zgodnie z art. 4. Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich. Uchwala ta została zatwierdzona na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 27. I. 1924 roku, a przeto stała się prawomocną i obowiązuje wszystkich członków Izby lwowskiej. Na tej podstawie Zarząd Naczelnej Izby lekarskiej postanowił uchylić odwołania dra N. N. w N. i dra N. N. w N. przeciw wpisowi do Kasy ubezpieczeniowej we Lwowie.

Zarząd Naczelnej Izby lekarskiej uprasza Izbę lwowską o zakomunikowanie tej decyzji dr. N. N. i dr. N. N.

Przewodniczący Dr. *Bączkiewicz.* — Sekretarz Dr. *Będkowski.*

Związek Lekarzy Państwa Polskiego-Zarząd Obwodu Kowelskiego.

Wobec projeku otworzenia Kasy Chorych w Kowlu zarząd Obwodu Kowelskiego Z. L. P. P. uprasza Szanownych Kolegów o nieangażowanie się w Kasie Chorych pow. Kowelskiego bez uprzedniego porozumienia się z miejscowym Związkiem. *Dr. Lebecki,* sekretarz. *Dr. W. Królewski,* preses.

W sprawie utworzenia Związku polskich Towarzystw lekarskich i wydawania jego naukowego Biuletynu.

Od szeregu dziesiątek lat życie naukowe i zawodowe lekarzy polskich skupiało się przedewszystkiem w kilkunastu Towarzystwach lekarskich we wszystkich trzech dawnych zaborach, a obecnie w całej Polsce, i tylko w bardzo nieznacznym stosunku także poza nią. Towarzystwa te były i są widomym znakiem żywotności polskiego świata lekarskiego i odzwierciadlają nieraz wybitną działalność naukową i społeczną lekarzy naszych, ich zasługi i poczynania, które też historja zapisała i zapisze złotemi głoskami w księdze kultury polskiej. Działalność i zasługi na polu społecznem i narodowem przedewszystkiem tych towarzystw, które żyły w ciężkich warunkach politycznych, wiecznie strzeżone argusowem okiem podejżliwego ciemięzcy — to istotnie chlubna karta ich życia.

Pracowały one jednak odrębnie, na ścisły wzajemny kontakt między sobą i z Towarzystwami innych b. zaborów nie pozwalały stosunki polityczne. Jedynie prasa lekarska i perjodycznie odbywane w Małopolsce Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich były terenem porozumienia wzajemnego, wymiany myśli i wytyczania kierunku ogólnego, przedewszystkiem w pracy społeczno-narodowej. W b. Kongresówce Zjazdy lekarzy prowincjonalnych, bodaj w skromnym zakresie, stały się także terenem, o ile było wolno i można, porozumienia wzajemnego.

Obecnie, gdy ziemie polskie znalazły się razem pod skrzydłami Macieży, warunki zmieniły się zasadniczo. Działalność Towarzystw lekarskich polskich może rozwijać się bez trudności. Działalność ta winna dokonywać się w trzech kierunkach: naukowym, zawodowym i społecznym. Aby jednak działalność ta mogła istotnie być skuteczną, Towarzystwo każde musi być żywotne, musi mieć dostateczne siły. Towarzystwa lekarskie w ogniskach większych nie mają poważniejszych trudności w swej pracy i w swym rozwoju, gdyż oparte są na znacznej liczbie członków oraz na instytucjach naukowych, jak Wydziały lekarskie, pracownie naukowe, szpitale i t. p.; mogą one podołać z łatwością celom zamierzonym. Inaczej jest z Towarzystwami w ogniskach mniejszych, tu często wytrwałość i energja kilku jednostek, a nawet jednej tylko, podtrzymuje życie Towarzystwa i skupia w niem grono Kolegów. Są też Towarzystwa, które zarówno ze względu na małą liczbę członków, jak niemniej ze względu na brak odpowiednio uposażonych miejscowych warsztatów pracy, nie mogą należycie rozwijać się; dla nich pomoc od zewnątrz jest konieczna. A pamiętać należy, że Towarzystwa te, rozsiane po całej Polsce, mają i winny mieć znaczenie doniosłe tak dla samych lekarzy, jak również ze względów kulturalnych, choćby higjeniczno-społecznych.

Tu potrzeba wzajemnego porozumienia, współpracy i wzajemnej pomocy, potrzeba ustalonego kierunku w działalności naszych Towarzystw lekarskich na wzór n. p. Związku towarzystw naukowych we Lwowie, obejmującego ponad 20 Towarzystw Wschodniej Małopolski. Związek taki byłby niezmiernie poważnem przedstawicielstwem na zewnątrz, zrzeszeniem, które musiałoby mieć posłuch w społeczeństwie i u władz naszych, oileby chodziło nietylko o interesy ogólno-lekarskie, naukowe, lecz nawet, obok Izb lekarskich, zawodowe. Siedzibą centrali mogłaby być stolica a odpowiednio ułożony statut określałby cel Związku i wzajemny stosunek do jego członków t. j. Towarzystw lekarskich.

Nasze Towarzystwa lekarskie są w znacznej części, jak wiadomo, Towarzystwami naukowemi; na posiedzeniach ich dzielą się członkowie własnym dorobkiem naukowym lub też wygłaszają referaty z dziedziny najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej. Jestto niejako, choć fragmentaryczne, dalsze kształcenie się członków w wiedzy zawodowej. Sprawozdania z posiedzeń, ogłaszane w naszych pismach lekarskich, streszczają w krótkości i treściwie referaty i dyskusje, wygłaszane na posiedzeniach, sprawozdania te jednak ze względów na szczupłość ram pism tych są bardzo krótkie i zwykle nie dają dokładnego pojęcia o rzeczy wygłoszonej, a nadto, nieraz oryginalne i ciekawe, przepadają dla światowego piśmiennictwa lekarskiego.

Względy powyższe nasuwają myśl powołania do życia rodzaju Biuletynu naszych Towarzystw lekarskich, któryby zawierał dłuższe streszczenia prac oryginalnych, które były tematem wykładu na posiedzeniu oraz pokazów, niekiedy bardzo ciekawych i rzadkich, następnie drukiem specjalnie nieogłaszanych, a które, jak wiadomo, tworzą lwią część piśmiennictwa obcego. Rzeczy te istotnie przepadają dla piśmiennictwa światowego. Byłby to rodzaj francuskiego »Bulletins et Mémoires de la Societé médicale des Hopitaux de Paris«. Ze względów przytoczonych Biuletyn musiałby wychodzić w języku obcym n. p. francuskim. Ukazywałby się 2 razy na miesiąc w objętości 2 arkuszy a wydawnictwa jego podjęłaby się Spółka wydawnicza lekarska. Sprawa kosztów nie przedstawiałaby trudności poważnych a opłata za niego byłaby minimalna. Biuletyn byłby rozsyłany oczywiście licznym instytucjom naukowym w świecie.

Myśl powołania do życia Związku wszystkich polskich Towarzystw lekarskich i wydawania jego Biuletynu w znaczeniu powyższem poddajemy do dyskusji ogółu Kolegów i Towarzystw lekarskich. Ostateczne załatwienie sprawy mogłoby być przedmiotem obrad na najbliższym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Pożądane jest już obecnie wypowiedzenie się w tej sprawie, zwłaszcza Towarzystw, przyczem Polska Gazeta lekarska otworzy z chęcią swe łamy na życzenie Kolegów, zabierających głos w sprawie poruszonej.

Franke, Nowicki.

Od Redakcyj.

W dążeniu do stałego polepszania pisma naszego zarówno pod względem treści, jak również pod względem objętości, powiększamy z Nowym Rokiem objętość normalnego numeru.

Przy tej sposobności uważamy sobie za obowiązek złożenie szczerego podziękowania wszystkim Współpracownikom naszym oraz wyrażenie prośby, by dalej o niem pamiętali, przez zasilanie teki redakcyjnej Swemi pracami i tem wszystkiem, co dotyczy świata lekarskiego.

Z Nowym Rokiem ustąpił z redakcji lwowskiej doc. dr. Antoni Sabatowski ze względów na liczne inne zajęcia i obowiązki. Z ustępującym Kolegą redakcyjnym, który nie szczędził bezinteresownie trudu i czasu w niezawsze wdzięcznej pracy redakcyjnej, żegnamy się, wyrażając pełną nadzieję, że także nadal pozostanie wiernym współpracownikiem Polskiej Gazety lekarskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Sz. p. prof. Talko-Hryncewiczowi za liczne cenne prace, ofiarowane Bibljotece.

Walne Zebranie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wybrało na r. 1925 Wydział w następującym składzie: Prezes prof. dr. K. Majewski (poraz trzeci), wiceprezes doc. dr. J. Szymanowicz, sekretarz doroczny dr. T. Pawlas, bibljotekarz dr. J. Spira (junior), sekretarz stały prof. dr. J. Olbrycht, redaktorzy: prof. dr. S. Ciechanowki i prof. dr. S. Lenartowicz; członkowie Komisji redakcyjnej: prof. dr. Blassberg, prof. dr. M. Rutkowski, doc. Kostrzewski, doc. Artwiński, ppułk. dr. Maciąg; komisja kontrolująca: dr. T. Piotrowski i dr. Z. Wachtel. Delegaci do Rady zawiadowczej: Tow. lek. p. b. Galicji prof. dr. Browicz i prof. dr. Ciechanowski. Delegaci na Walne zebranie Tow.: dr. Ackerman, dr. Berezowski, prof. Ciechanowski, dr. Wilczyński, doc. Janiszewski, prof. Kostanecki, dr. Woyciechowski, dr. Landau, dr. Kwaśnicki, dr. Strzemieński, dr. Surzycki. Członek Komisji kontrolującej Tow. lek. Małop.: dr. Strzemieński.

Lwów.

Walne Zebranie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się dnia 19 grudnia. Po złożeniu sprawozdania z czynności za rok ubiegły przez ustępujący Zarząd dokonano nowego wyboru Zarządu, w skład którego weszli: dr. Kazimierz Zgórski przewodniczący, doc. dr. Kazimierz Bocheński zastępca przewodniczącego, dr. Jan Tyszka sekretarz doroczny, dr. Stan. Zabłocki skarbnik, dr. Eugeniusz Waigiel bibljotekarz. Redaktorami Polskiej Gazety lekarskiej ze Lwowa wybrano prof. dr. W. Nowickiego i doc. dr. Wł. Koskowskiego, sekretarzem generalnym dr. J. Görtza.

Polski Związek Zdrojowisk, Uzdrojowisk i kąpielisk morskich we Lwowie, świadomy krytycznej chwili dla naszego Zdrojownictwa, decydującej o bycie jego lub zupełnem bankructwie, świadomy, że nasze Uzdrowiska, przebogate naturą, urządzeniem swem nie mogą wytrzymać konkurencji zagranicznej, urządza w dniach 1 i 2 lutego 1925 r. we Lwowie Zjazd wszystkich zainteresowanych, nie wyłączając sfer rządowych, w celu omówienia sposobu działania. Jasnem jest, że w sprawie tej decydującym momentem są potrzebne kapitały, to też pierwszym referatem Zjazdu będzie sprawa zaciągnięcia pożyczki zagranicznej, o możliwości której ma Związek pewne poważne dane. **W tym celu zwraca się do wszystkich właścicieli Uzdrowisk, właścicieli zakładów leczniczych, pensjonatów i t. d., by zechcieli najdalej do dnia 15. I. 1925 pod adresem Związku, Lwów — Jagiellońska 20., podać**: 1) jakiego kapitału potrzeba mu na cele rozbudowy i podniesienia Uzdrowiska, względnie Zakładu leczniczego, przezeń posiadanego lub dzierżawionego, 2) jakie zabezpieczenie realne może dać na podany wypożyczony kapitał, 3) które działy przemysłu uzdrowiskowego (np. budowa sanatorjów, nowych domów, pensjonatów lub ich urządzeń wewnętrznych, urządzenia asanacyjne, drogi, parki, ujęcie lub ich eksploatację i t. d.) mają być zasilone pożyczką i w jakiej wysokości. Jasnem jest, że nie są żądane ścisłe cyfry, wystarczą w przybliżeniu podane, jednak wedle do pewnego stopnia fachowego ocenienia. Szczegółowy program Zjazdu będzie ogłoszony w połowie stycznia 1925 r.

Poznań.

Uroczystość odsłonięcia portretu rektora Heljodora Święcickiego odbyła się w listopadzie z. r. w sali Wydziału lekarskiego w Muzeum Mielżyńskich. Po przemówieniu prezesa Wydziału dr. T. Dembińskiego, który podniósł zasługi Zmarłego profesora, jako długoletniego członka i prezesa Wydziału lekarskiego, jako organizatora i pierwszego rektora uniwersytetu poznańskiego, jako znakomitego lekarza i zasłużonego działacza społecznego, odsłonięto portret, zawieszony w sali wykładowej Wydziału. — W imieniu Naczelnej Izby lekarskiej i Stowarzyszenia lekarzy złożył hołd pamięci Zmarłego prezes dr. J. Bączkiewicz, w imieniu Warszawskiego Tow. lekarskiego i Związku lekarzy Państwa Polskiego dr. W. Szumlański. Tegoż dnia odbyło się doroczne uroczyste posiedzenie naukowe Wydziału lekarskiego.

Warszawa.

Stulecie urodzin Charcot'a. Świat naukowy francuski, z zapoczątkowania paryskiej Akademji medycyny, Fakultetu lekarskiego oraz Towarzystwa neurologicznego, w początkach czerwca r. b. zamierza obchodzić uroczyście stulecie urodzin Charcot'a (Jean Martin Charcot 1825—1893). Na obchodzie tym będą reprezentowane rządy państw zaprzyjaźnionych przez specjalne delegacje. Nie wątpimy, że Rząd polski oraz nasze fakultety medyczne i inne organizacje lekarskie wezmą również czynny udział w tem wielkiem święcie nauki francuskiej przez wysłanie delegacyj, które godnie uosabiałyby świat lekarski polski. Równocześnie z obchodem ku czci Charcot'a paryskie Towarzystwo neurologiczne odbędzie swe VI zebranie międzynarodowe, święcąc dwudziestopięciolecie swego istnienia. Program uroczystości oraz spis tematów zostanie w czasie właściwym rozesłany wszystkim, którzy zgłoszą swoje uczestnictwo u sekretarza komitetu dra A. Soques, 17, rue de l'Université, w Paryżu.

Zwalczanie chorób zawodowych. Minist. pracy i opieki społecznej opracowało już projekt ustawy o zwalczaniu chorób zawodowych. Ustawa przewiduje utworzenie Państwowej Rady Higjeny Pracy, która będzie ciałem doradczem i opinjodawczem. Wykaz chorób zawodowych ogłasza minister pracy, który też upoważniony jest do wydawania zarządzeń sanitarno-higjenicznych, zakazów używania szkodliwych dla zdrowia narzędzi, surowców i materjałów. Pracownicy, narażeni na choroby zawodowe, podlegają nadzorowi lekarskiemu, a praca taka dla kobiet młodych i młodocianych może być przez ministra pracy zakazana. Projekt tej ustawy po uzgodnieniu międzyministerjalnem wejdzie na Radę Ministrów.

Ze świata.

Instytut hydrologji i klimatologji lekarskiej Uniwersytetu paryskiego ogłasza kurs klimatologji i hydrologji ogólnej i stosowanej z ćwiczeniami fizykal-

nemi, chemicznemi i klinicznemi. Kurs będzie trwał od 6 stycznia do końca marca i obejmie 50 wykładów profesorów: d'Urbain, Desgrez, Rathery, Baudouin, Moureu, d'Arsonvall i F. Bordas. Ćwiczenia w pracowniach chemicznych, bakterjologicznych, fizycznych (promieniotwórczość wód), jakoteż przy łóżku chorego i w polu (badanie atmosfery), prowadzić będą kierownicy pracowni odpowiednich zakładów uniwersyteckich. Biuro kursu w zakładzie Prof. Desgrez, 22 rue de l'Ecole de Médicine.

Wydziały lekarskie uniwersytetów francuskich wydały w roku szkolnym 1923—1924 1.289 prac dysertacyjnych.

Instytut kryminalistyczny został powołany do życia we Wiedniu. Ma on obejmować studjum kryminologji i wogóle tych gałęzi wiedzy, które są niezbędne dla studjujących zagadnienia, związane z kryminalistyką.

Nieszczęśliwe wypadki ze surowicą przeciwbłoniczą. Lancet z 22 listopada b. r. podaje wiązankę bliższych szczegółów o pożałowania godnych wypadkach śmierci, które zaszły w następstwie stosowania surowicy przeciwbłoniczej w sanatorjum dla dzieci w Badenie pod Wiedniem. Według tego opisu u dziecka, przyjętego do sanatorjum z powodu pospolitego niewinnego cierpienia, które następnie zachorowało tam na błonicę, zastosowano surowicę przeciwbłoniczą a równocześnie uodporniono 6 innych dzieci, znajdujących się na tej samej sali, toksyną-antytoksyną. Skutek tych środków zaradczych był niespodziewanie smutny, gdyż wszystkie dzieci zmarły wśród objawów osłabienia serca. Doraźnie przeprowadzone śledztwo wykazało, że toksyna-antytoksyną pochodziła z Wiedeńskiego Instytutu serologicznego, który był dawniej instytucją państwową, a przed kilku latami z powodu trudności finansowych został zamieniony na prywatne przedsiębiorstwo handlowe. Dawniej fjolki, puszczane w obrót przez Instytut, zawierały ścisłe oznaczenia skuteczności surowic na pewien krótki okres czasu, a po upływie tego terminu zamieniano je na świeże. Obecny Instytut określa skuteczność surowic na przeciąg 2 lat. Znaną rzeczą jest, że antytoksyna ulega prędzej rozkładowi, aniżeli toksyna, i dla tego też wspomniana dziatwa otrzymała pełną dawkę czynnej toksyny z natychmiastowem działaniem śmiertelnem. Dochodzenia sądowe dowiodły, że lekarze sanatoryjni ściśle przestrzegali przepisów, podanych przez Instytut serologiczny, i nie mieli żadnych powodów do powątpiewania o ścisłości tychże. Wielkie oburzenie wywołał fakt, że wspomniane wypadki zdarzyły się przed kilku tygodniami a władze naczelne starały się je ukryć i tylko dzięki przypadkowi głośna sprawa wyszła na jaw.

Komitet obyczajowy dyrekcji policji miasta Wiednia zatrzymał w ciągu 1923 r. 5,316 prostytutek, wśród których przy oględzinach lekarskich stwierdzono 21,7% chorych wenerycznych

Liczba dzieci szkolnych we Wiedniu z początkiem bieżącego roku szkolnego znowu bardzo się zmniejszyła. Wpisano tylko 11 tysięcy sześcioletnich dzieci w porównaniu z 12,680 w r. 1923. Z powodu tego zmniejszenia musiano zamknąć szereg szkół ludowych. Według obliczenia urzędu statystycznego jestto ostatni rok takiego zmniejszania się. Zjawisko to niewątpliwie jest w związku z ubiegłemi wypadkami wojennemi.

Zwiększająca się liczba zatruć mięsnych w ostatnich latach w Niemczech spowodowała Ministerstwo opieki do zwrócenia się do miarodajnych czynników fachowych o podanie przyczyny i środków zapobiegawczych. Jako przyczynę podano między innemi zwolnienie od urzędowych oględzin mięsa zwierząt zabijanych w domach prywatnych, magazynowanie mięsa na zapas i in. Dla dojścia do źródła zatruć mięsnych należy odpowiedzieć na następujące pytania: 1) które mięso wzgl. jego przetwory są przedewszystkiem źródłem zatrucia, 2) od jakich zwierząt rzeźnych pochodzą odnośne partje mięsa, 3) co prócz mięsa użyte jest do przeróbki (śledziona, gruczoły i t. p.), 4) jak długo i na co było chore dane zwierzę, 5) czy były jakie choroby, w szczególności zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, u personalu zajętego biciem zwierząt i przeróbką mięsa, 6) jakie są stosunki higjeniczne u rzeźnika wzgl. handlującego mięsem i jego przeróbkami?

W sprawie opodatkowania automobilów lekarzy praktyków. W Prusiech wolne są od podatku automobile o sile 8 HP lekarzy praktyków, mających swą siedzibę w miejscowościach poniżej 20 tysięcy mieszkańców. Otóż w jednym przypadku wystąpił skarb pruski z żądaniem zapłacenia podatku automobilowego od lekarza z powodu tego, że miał on raz zrobić wycieczkę automobilem z rodziną. Odnośnie do tego przypadku sfery prawnicze wypowiedziały zapatrywanie, że użycie od czasu do czasu prywatnego automobilu lekarza praktyka dla celów nielekarskich nie może być uważane za dostateczny powód do opodatkowania takiego automobilu.

W nowowybranym parlamencie angielskim jest 11 lekarzy, ponadto do parlamentu wejdzie prawdopodobnie jeszcze jeden lekarz jako przedstawiciel uniwersytetów szkockich. Członkowie lekarze parlamentu mają utworzyć osobne koło, które ma czuwać nad stosunkami zdrowotnemi narodu całego. A w naszym sejmie?

Rosyjskie statystyczne dane co do zimnicy podają, że w pierwszem półroczu roku 1924 w Rosji zapisano 2,344.000 zachorowań na zimnicę.

Liczba przypadków śmierci z powodu cukrzycy znacznie się zwiększyła w Stanach Zjednoczonych. Po raz pierwszy umieszczono cukrzycę w statystycznej rubryce chorób najczęściej zachodzących. Badania przeprowadzone przez Metropolitan Life Insurance Company wykazały, że tylko 45,4% zmarłych na cukrzycę pobierało insulinę. Z tej liczby 1/3 część pobrała pierwszą dawkę w ostatnim tygodniu życia a prawie 2/3 w ostatnim miesiącu. Śmierć zaszła u 46% wśród objawów śpiączki.

Liczba nieszczęśliwych wypadków z następową śmiercią w Stanach Zjednoczonych wynosiła w roku 1923 przypadków 84.000 więcej, jak w r. 1922. Najczęściej wydarzyły się wypadki automobilowe, bo 37 śmiertelnych dziennie, podczas gdy kolejowych było tylko 18.

Prof. Kitasato otrzymał z ręki mikada japońskiego godność barona w uznaniu zasług naukowych.

Nagminna choroba mózgu w Japonji. Z świeżo ogłoszonego miesięcznika za listopad 1924, wydawanego przez Ligę Narodów, o przebiegu epidemij na kuli ziemskiej, dowiadujemy się wiele szczegółów o nowej, nieznanej dotąd, a ciężkiej epidemji, która pojawiła się w Japonji. Z początku uważano ją za zapalenie opon mózgowych, następnie za śpiączkę (*encephalitis lethargica*), w końcu jednak oznaczono ją, jako ostrą chorobę mózgu, dotychczas nieznaną. Pierwsze przypadki pojawiły się w lipcu b. r., poczem epidemja gwałtownie rozszerzyła się na całą Japonję. Zapadło na tę epidemję 4274 osób do 5 września, w następnych dziesięciu dniach zapadło dalszych 1609 osób, a w ostatnich dwu tygodniach, t. j. do końca września, zachorowało 688. Śmiertelność z choroby tej jest bardzo znaczna: umiera około 50%. Pomimo, że epidemja bardzo gwałtownie się szerzyła — zwrócono uwagę, że rzadko kiedy zdarzyło się, aby więcej, jak jedna osoba chorowała w tym samym domu lub też w jednej rodzinie. Urząd zdrowia w Tokio podaje następujący opis choroby:

Objawy chorobowe podobne są, jak przy śpiączce, brak jednak zaburzeń wzrokowych. Zachorowują przeważnie osoby starsze po 50 latach życia. Po wystąpieniu gorączki, chory traci drugiego dnia przytomność i majaczy: po 5—10 dniach następuje śmierć albo wyzdrowienie ze spadkiem gorączki i odzyskaniem przytomności. Nie znaleziono dotychczas żadnych drobnoustrojów chorobotwórczych. Zakażane króliki giną w krótkim czasie.

Zmarli.

Prof. F. Trendelenburg zmarł w 80 r. życia w Berlinie. — Dr. Fehleisen, odkrywca ziarniaka róży, zmarł w 70 r. życia w San Francisko. — Prof: dr. Gersuny, znany chirurg, zmarł w 80 roku życia. Wspólnie z Billrothem był on założycielem Szpitala Rudolfa. — Prof. dr. Sándor Kästner, autor znanych prac z zakresu anatomji i higjeny, zmarł w Lipsku.

Sprostowanie.

Do opisu wykonania próby z błękitem metylenowym na obecność CO w krwi (Polska Gazeta lek. Nr. 50, str. 734 r. b.) wkradła się pomyłka drukarska, a mianowicie w 14 tym wierszu wydrukowano »12 kroplami wodnego roztworu« — powinno być 1—2 kroplami wodnego rostworu«.

Ogłoszenie.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się do wszystkich polskich Towarzystw Lekarskich, tak naukowych, jak społecznych, z prośbą o przysłanie pod adresem lwowskiej redakcji (ul. Piekarska 52) następujących dat statystycznych:

1) rok założenia Towarzystwa,
2) osoby założycieli,
3) majątek Towarzystwa (domy, zbiory, bibljoteki, fundacje naukowe lub dobroczynne, lecznice etc),
4) czy Towarzystwo było czynne nieprzerwanie w czasie ucisku zaborców i wielkiej wojny,
5) obecna ilość członków Towarzystwa.

Wiadomości te będą w odpowiedni sposób zużytkowane w P. Gazecie Lekarskiej i przyczynią się do ożywienia ruchu między Towarzystwami oraz do ułatwienia wspólnych wystąpień w kraju i zagranicą.